ZEITSCHRIFT FÜR ÄRZTLICHE FORTBILDUNG

ORGAN FÜR PRAKTISCHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON DEM

ZENTRALKOMITEE FÜR DAS ÄRZTLICHE FORTBILDUNGSWESEN IN PREUSSEN UND DEN IM REICHSAUSSCHUSS ZUSAMMENGESCHLOSSENEN KOMITEES UND VEREINIGUNGEN



SCHRIFTLEITUNG:
PROFESSOR Dr. C. ADAM, BERLIN
NW 7, Robert-Koch-Platz 2—4

VERLAG:
GUSTAV FISCHER IN JENA

Nummer **11** | Mittwoch, den 1. Juni 1932 | **29.** Jahrgang

Inhalt.

Z. ärztl. Fortbildung. 29. Jahrg. | Nr. 11 | S. 317—348, Jena, 1. 6. 1932

Die „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ erscheint monatl. 2mal. Preis (durch alle Buchhandlungen und Postanstalten) vierteljährlich Rmk 4.—. Die Zustellungsgebühr beträgt für Deutschland, Oesterreich, Luxemburg, Memelgebiet 60 Pf., für das Ausland 90 Pf. / Die Mitglieder des Dtsch. Aerztevereinsbundes erhalten die Zeitschrift zum Vorzugspreis von vierteljährlich Rmk 3.40 gebührenfrei. / Studierende, Praktikanten und Hilfsärzte in nicht vollbezahlter Stellung erhalten die „Z. f. ä. F.“ zum ermäßigten Preise von vierteljährlich Rmk 2.70 gebührenfrei. / Für Zahlungen an den Verlag: Postscheck-Konto Erfurt 986, Haag 73041, Stockholm 4109, Zürich VIII 11055: Postsparkassen-Konto Wien 156780, Budapest 36646; Tschechoslowakei: Prag, Postsparkassen-Konto 501840 und Kreditanstalt der Deutschen (und deren Filialen). / Wenn Abbestellung nicht erfolgt, gilt der Bezug als erneuert.

Anzeigenannahme: Ala Anzeigen-Aktiengesellschaft in Interessengemeinschaft mit Haasenstein & Vogler A.G., Daube & Co. G. m. b. H., Berlin W 35, Potsdamer Straße 27 a, Tel. Kurfürst 7865—67, 7885—87, sowie deren sämtliche Zweigstellen und Vertretungen im In- und Auslande. — **Anzeigen:** die 5 gespaltene, 36 mm breite Millimeterhöhe: Rmk —.23 Rabatt nach Tarif.

Inhaltsverzeichnis der Referate:







Notizen.

W. K. **Das Einkommen der freien Berufe.** Was verdienen Rechtsanwälte, Ärzte und Zahnärzte? Bei der statistischen Bearbeitung der Einkommenssteuerveranlagung für 1928 sind vom Statistischen Reichsamt auch einige freie Berufe, und zwar die Rechtsanwälte, die Ärzte, die Zahnärzte und die Dentisten besonders behandelt worden. Nach den soeben veröffentlichten Ergebnissen sind insgesamt 14 662 Rechtsanwälte, 37 258 Ärzte, 7641 Zahnärzte und 13497 Dentisten mit Einkommen veranlagt worden. Demnach wurden bei dem Ende 1928 vorhandenen Bestand 92,32 Proz. aller Rechtsanwälte, 80,76 Proz. aller Ärzte, 85,36 Proz. aller Zahnärzte und 81,25 Proz. aller Dentisten erfaßt. Bei den nicht Erfaßten handelt es sich um Personen, die entweder wegen zu geringer Einnahmen überhaupt nicht veranlagt worden sind oder die lediglich dem Steuerabzug vom Arbeitslohn unterworfen waren. Im Reichsdurchschnitt betrug im Jahre 1928 das Einkommen eines steuerpflichtigen Rechtsanwalts 18 428 M., Arztes 12 616 M., Zahnarztes 7,920 M., Dentisten 4 201 M. Mehr als die Hälfte (54,51 Proz.) aller Rechtsawälte hatte ein Einkommen über 12 000 M. Unter 3 000 M. blieben 7,59 Proz., während 0,95 Proz. mehr als 100 000 M. erzielten. Der größte Teil (67,26 Proz.) lag in den Einkommensgruppen von 8—50 000 M. Von den Ärzten überschritten 43,52 Proz. die 12 000 M.-Grenze. Ein Einkommen bis 3 000 M. wurde bei 8,89 Proz. festgestellt, eins von mehr als 100 000 M. bei 0,08 Proz. Die meisten, zusammen 75,24 Proz., befanden sich in den Einkommensgruppen von 5—25 000 M. Bei den Zahnärzten waren die Einkommensgruppen über 3—12 000 M. (68,58 Proz.), bei den Dentisten die Einkommensgruppen bis 8000 M. (88,74 Proz.) am stärksten besetzt. In allen vier Berufsgruppen weichen die Durchschnittseinkommen in den einzelnen Größenklassen der Gemeinden mehr oder weniger erheblich ab. Bei den Rechtsanwälten stieg das Durchschnittseinkommen mit zunehmender Gemeindegröße und war am höchsten in den Großstädten. Bei den Ärzten und Zahnärzten nahm es bis zu den Orten mit 25—50 000 Einwohnern zu und in den größeren Orten wieder ab. Niedriger als im Reichsdurchschnitt war es bei den Ärzten nur in den Gemeinden unter 5 000, bei den Zahnärzten in denen mit weniger als 10 000 Einwohnern. Höchstes Durchschnittseinkommen und stärkste Besetzung traf nur bei den Rechtsanwälten und zwar in den Großstädten zusammen.

Bei den jetzigen Zeitverhältnissen, in denen den Patienten häufig Zeit und Mittel fehlen, um in die Bäder zu reisen, wird der Arzt gern in solchen Fällen die bewährten **künstlichen Brunnensalze und Kohlensäurebäder** der Firma Dr. Ernst Sandow verordnen. Dargestellt auf Grundlage der Analyse der Quellen, unter Berücksichtigung selbst kleinster Nebenbestandteile, hat das Sandowsche Prinzip sich über ein halbes Jahrhundert in der ärztlichen Praxis bestens bewährt. Besonders auch die Kohlensäurebäder, welche in ihrer Wirkungsweise den natürlichen Vorbildern weitmöglichst gleichkommen, wird der praktische Arzt in vielen Fällen gern verordnen. Die Firma Dr. Ernst Sandow gibt in diesem Jahre eine kleine Broschüre heraus über natürliche und künstliche Brunnensalze, in welcher sie zu dieser Frage, die wiederum im Vordergrund des Interesses steht, Stellung nimmt. Die Firma Ernst Sandow, Hamburg 30, Scheideweg 22, versendet diese Broschüre gern auf Wunsch.

Es sei noch darauf hingewiesen, daß die Firma Dr. Ernst Sandow mit Rücksicht auf die verminderte Kaufkraft der Patienten und um den Kassen weitgehendst entgegen zu kommen, neuerdings ein Teil ihrer Salze in Kleinpackungen herausbringt. Die Firma versendet auf Anfordern Preisliste ihrer Kassen- und Kleinpackungen.

Die Todesursachenstatistik für das Deutsche Reich ist vom Reichsministerium des Innern im Einvernehmen mit den Landesregierungen neu geordnet worden. Für die Aufbereitung und Verarbeitung wird an Stelle des veralteten Erhebungsschemas mit Wirkung vom 1. Januar 1932 ab das „ausführliche internationale Todesursachenverzeichnis“ benutzt werden. Die systematischere und ausführlichere Einteilung, die in Zukunft zugrunde gelegt wird, ermöglicht einen besseren Einblick in die Ursachen des Absterbens und gestattet gleichzeitig, internationale Vergleiche zu ziehen. Das Reichsgesundheitsamt hat einen Leitfaden ausgearbeitet, der die Unterlagen für die praktische Durchführung enthält.

Eine Kleinigkeit
und dennoch solche Folgen!



SELBSTVERSTÄNDLICH OHNE MUNDSTÜCK

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung

Unter ständiger Mitwirkung von

Prof. Dr. F. KRAUS, Geh. Med.-Rat, Berlin — Prof. Dr. F. MÜLLER, Geh. Hofrat, München — Geh. San.-Rat Dr. A. STAUDER, Vors. d. Dtsch. Ärztevereinsbundes

redigiert von

Prof. Dr. C. ADAM in Berlin

29. Jahrgang | Mittwoch, den 1. Juni 1932 | Nummer 11

Abhandlungen.

Aus der Medizinischen Klinik der Universität Breslau. (Direktor: Professor Dr. W. Stepp.)

1. Die Klinik der Psittakosis[1]).

Von

Dr. K. Imhäuser.

Die spezielle Pathologie kennt eine große Zahl von Erkrankungen, die durch Übertragung pathogener Keime von Tieren auf den Menschen hervorgerufen werden. Erst die jüngste Zeit hat ein schon in Vergessenheit geratenes Krankheitsbild aus dieser Gruppe dem ärztlichen Interesse wieder nähergerückt.

Vor nicht ganz zwei Jahren hörten wir von dem Auftreten einer schwer verlaufenden Lungenentzündung zunächst vereinzelt aus Berlin, dann auch aus anderen Städten des Reiches. Die Tatsache, daß in der Umgebung eines solchen Kranken alsbald weitere Krankheitsfälle gleicher Art sich ereigneten, sprach deutlich für ihren infektiösen Charakter, und eine vielleicht allzu eifrige Berichterstattung unserer Tagespresse trug stellenweise zu merklicher Beunruhigung der Bevölkerung bei; sollte es sich doch um eine neue Krankheit handeln, der bei der Schwere des Verlaufes die ärztliche Kunst angeblich noch machtlos gegenüberstand. Mit Sicherung der Diagnose durch die Erkenntnis, daß die Erkrankung von kranken Papageien auf den Menschen übertragen worden war, entkleidete man sie ihres unbekannten Charakters; hatte doch schon Jürgensen 1876 solche Erkrankungen beobachtet und Ritter drei Jahre später klar ihren Zusammenhang mit gleichartigen Infektionen bei Sittichen erkannt und in diesem Tiere auch die Infektionsquelle für den Menschen nachgewiesen [2]). Es handelte sich um die Krankheit, der der französische Forscher Morange auf Grund dieser Epidemiologie 1895 den Namen Psittakosis gab. So finden wir auch in der Literatur eine Reihe von immer wieder aufflackernden kleinen Epidemien besonders im Westen Europas bis zum Jahre 1909 verzeichnet. Charakteristisch ist für sie ihr Auftreten in Form von Familien- und Hausinfektionen geblieben. Die größte je beobachtete Epidemie in den Jahren 1929 und 1930 liegt eben hinter uns, und die Tatsache, daß es gelang, eine mit so beträchtlicher Kontagiosität belastete Infektion, die fast in allen Ländern der Welt gleichzeitig zum Ausbruch kam, in wenigen Monaten erfolgreich zu bekämpfen, ist ein Schulbeispiel für die Wirksamkeit hygienischer Maßnahmen, die uns eine gesicherte Kenntnis der Infektionsquelle und der Übertragungsmöglichkeiten ergreifen läßt.

Die in allen Ländern erneut einsetzende bakteriologische Durchforschung erkannte alsbald in dem von Nocard 1892 beschriebenen angeblichen Psittakosebazillus, dessen Identität mit dem Bact. paratyph. enterid. Breslau erwiesen wurde, ebenso wie auch in dem von Selter 1909 als Erreger angesprochenen Streptokokkus bestenfalls die Träger einer Mischinfektion und wies den jetzt mehrfach gefundenen Pneumokokken- und Influenzabazillen die gleiche Rolle zu. Die Bedeutung eines für die Erkrankung spezifischen Erregers besitzen sie alle nicht. Die erfolgreichen Arbeiten von Levinthal im Institut für Infektionskrankheiten und von Bedson und seinen Mitarbeitern im London-Hospital deckten ein filtrierbares Virus auf, das auf gewöhnlichen Nährböden nicht kultivierbar, in Tierpassagen fortgezüchtet werden konnte und dabei jeweils das typische Krankheitsbild erzeugte.

Fügen wir hierzu die Angabe, daß neben kranken Papageien auch anscheinend gesunde Tiere, auch Kanarienvögel die Träger des Virus sein können, und daß im Laufe der letzten Epidemie eine direkte Übertragung von Mensch zu Mensch wahrscheinlich durch Tröpfcheninfektion wertvolle Opfer unter Ärzten und Pflegepersonal gefordert hat, so sind damit die wesentlichsten Punkte aus der Epidemiologie dieser Erkrankung genannt, die auch der Arzt zur Durchführung einer wirksamen Prophylaxe kennen muß.

Den Kliniker interessiert vor allem das Krankheitsbild. Er muß danach streben, es auf Grund der beobachteten Symptome in ein diagnostisches System einzuordnen und sich eine Vorstellung von dem krankhaften Geschehen im Körper zu schaffen, die ihm die Anhaltspunkte für eine erfolgreiche Behandlung gibt.

[1]) Nach einem Vortrag.

[2]) Vor kurzem wurden neue durch Sittiche übertragene Fälle aus Hamburg, Leipzig und Köln gemeldet.

Die Psittakosis beginnt nach einer symptomfreien Inkubationszeit, die wir in einem unserer Fälle mit 13 Tagen besonders sicher errechnen konnten, unter Frostgefühl, Kreuz- und Gliederschmerzen, bisweilen auch Erbrechen, mit raschem Temperaturanstieg zu einer Febris continua. Apathie unterbrochen von starken Delirien, oft an Psychose erinnernde Zustände zeigen neben einer erheblichen Blässe durch Vasomotorenschwäche die Schwere der Infektion an, die auch bei Ausgang in Heilung unter lytischem Fieberabfall nach 2—3 Wochen noch durch eine auffallend verzögerte Rekonvaleszenz kenntlich ist. Relative Pulsverlangsamung, niedrige Leukozytenwerte mit Fehlen der eosinophilen Zellen im Blute, gelegentlich auch das Auftreten von Milztumor, selbst Roseolen und positiver Diazoreaktion im Harn bieten einen Symptomenkomplex, der uns am Krankenbett anfangs einen Typhus, eine Miliartuberkulose oder schwere Sepsis, bei Hinzutreten der früher oder später immer kenntlichen Lungenerscheinungen auch eine Grippe oder eine durch den Friedländerschen Pneumobazillus hervorgerufene Lungenentzündung vermuten läßt. So ist es nicht verwunderlich, daß „Pneumotyphus" und „Grippe-Bronchopneumonie" die anfangs immer wieder gestellten Diagnosen sind, bis die Aufdeckung der Infektionsquelle in Gestalt der erkrankten Papageien Klarheit schafft. Die endgültige Abgrenzung gegen den Typhus bietet keine erheblichen Schwierigkeiten, vermögen wir doch diese Diagnose heute mit Unterstützung des Bakteriologen frühzeitig einwandfrei zu sichern. Am Krankenbett scheint mir die bei der Psittakosis bestehende relative Leukozytose hierfür wesentlich.

Die meist niedrigen oder nur mäßig erhöhten Leukozytenwerte sprechen für eine Schädigung des granulopoetischen Systems, das der Träger der wesentlichen Abwehrkräfte des Körpers im Kampf mit dem Erreger ist. Die häufig beobachtete erhebliche Vermehrung der stabkernigen Zellen im Blute zeigt, daß dieser Kampf unter Einsatz der letzten Reserven vom Organismus gegen eine schwere Allgemeininfektion geführt wird. Nicht immer muß die Leukopenie in zu so ernster Beurteilung mahnender Form in Erscheinung treten; in einer Reihe von Fällen sehen wir auch Leukozytosen bis zu 20000 Zellen. Bei anfangs niedrigen Leukozytenwerten darf ihr Ansteigen mit Auftreten neuer Lungenherde als günstiges Zeichen einer noch erhaltenen Reaktionsfähigkeit gewertet werden. Im weiteren Verlaufe kündet Wiedererscheinen der eosinophilen Zellen einen bevorstehenden guten Ausgang der Erkrankung an; er ist dann auch hier, wie bei vielen Infektionskrankheiten, von einer postinfektiösen Lymphozytose begleitet.

Aus der Fülle der genannten klinischen Symptome, die die Psittakosis mit einer Reihe von Erkrankungen gemein hat, die auch den erfahrenen Arzt am Krankenbette immer wieder zu differentialdiagnostischen Erwägungen zwingen, gilt es, nunmehr auch nach den Erfahrungen der jüngsten großen Epidemie die herauszugreifen, die in anfangs unklaren Krankheitsfällen der Diagnosestellung den richtigen Weg weisen können.

Am schwierigsten bleibt die Abgrenzung gegen schwere Grippeninfektionen und besondere Formen der Lungenentzündung. Hier hilft uns einstweilen die bakteriologische Diagnostik nicht weiter. Ihre kritiklose Verwertung kann zu diagnostischen Fehlschlüssen führen, wenn einem positiven bakteriologischen Befunde eine Bedeutung bei der Suche nach der Ätiologie des Krankheitszustandes beigemessen wird, während er in Wirklichkeit uns nur von der Existenz einer Mischinfektion unterrichten sollte oder gar lediglich die Anwesenheit zur Zeit apathogener Keime anzeigt. Dagegen scheint mir die genaue klinische Beobachtung des Ablaufes der immer auftretenden Lungenprozesse differentialdiagnostisch von besonderer Bedeutung. Es handelt sich bei der Psittakosis um wandernde, meist zentral beginnende Pneumonien, teils konfluierender Art, die atypisch sind durch das oft völlige Fehlen von Sputum, ein Befund, der auch in der letzten großen Epidemie mit einer auffallenden Konstanz immer wieder erhoben wurde. Gerade dadurch unterscheidet sich die Psittakosis von der Grippe-Bronchopneumonie, und soweit lobäre Infiltrate vorliegen auch von der echten kruppösen Lungenentzündung. Hochgradige Blässe und Fehlen von Herpes trennen außerdem ebenso wie das längere Bestehen eines kontinuierlich hohen Fiebers mit fast immer lytischem Abfall von der typischen Pneumonie. Katharrhalische Erscheinungen von seiten der oberen Luftwege treten bei der Psittakosis ganz zurück.

Keilförmige Lungenherde mit der Spitze zum Hilus und einer deutlichen Verbreiterung des Hilusschattens durch Schwellung der Lymphdrüsen werden röntgenologisch als charakteristisch für Psittakosis angesehen.

Klinisch zeichnen sich diese Pneumonien durch einen auffallend geringen Perkussions- und Auskultationsbefund aus, wenn ihre Ausdehnung durch Röntgenbild oder in einigen Fällen leider auch die Sektion genau kontrolliert werden konnte. Die Dämpfungen über der Lunge sind nur wenig dicht, und das sonst für jeden echten infiltrativen Lungenprozeß nennenswerter Ausdehnung so charakteristische Bronchialatmen wird fast immer vermißt. Feinstes Knisterrasseln ist oft die einzige auskultatorisch wahrnehmbare Erscheinung.

Die Befunde der pathologischen Anatomen lassen uns diesen Kontrast verstehen, da schon von Leichtenstern und neuerdings wieder von Siegmund, Gräff und Oberndorfer über „schlaffe Pneumonien" mit ausgesprochenem Fibrinmangel im entzündlichen Exsudat der Alveolen im Sinne der katarrhalischen Desquamativpneumonie Buhls berichtet wird. Die nicht im Zustande derber Hepatisation befindliche Lunge vermag das bronchiale Atemgeräusch nur so viel schlechter zu leiten. Auch Aufrecht hat bei

dieser Form der atypischen infektiösen Lungenentzündung in seiner Bearbeitung im alten Nothnagelschen Handbuche von einer „Splenisation“ gegenüber der sonst für die Pneumonie typischen Hepatisation gesprochen. Das Fehlen von Leukozyten in den befallenen Alveolen, an deren Stelle nur reichlich einkernige Alveolarphagozyten im mikroskopischen Bild zu sehen sind, scheint wieder für eine Schädigung der Leukozytenbildungsstätten zu sprechen.

Milztumor und gelegentlich auch Leberschwellung zeigen eine Durchseuchung des gesamten Organismus mit dem Virus an, das von Levinthal ja aus den verschiedensten inneren Organen gewonnen werden konnte.

Am auffallendsten bleiben neben dem Lungenbefunde die psychischen Erscheinungen, die als Delierien mit einer Stärke einsetzen, wie wir sie vom Typhus kaum gewohnt sind, und sich bis zu psychoseähnlichen Bildern steigern, die in Hamburg mehrmals zur Einweisung solcher Patienten in die Nervenabteilung der Krankenhäuser Veranlassung gaben. Wir sahen einen von einer echten Psychose kaum zu trennenden Zustand bis lange in die Rekonvaleszenz bestehen bleiben.

Daß schwere Störungen von seiten der Kreislauforgane die Erkrankung begleiten können, erscheint nicht verwunderlich. Ansteigen des anfangs zur Höhe der Temperatur relativ verlangsamten Pulses muß als prognostisch ungünstiges Zeichen angesehen werden. Alle Störungen dieser Art sind aber uncharakteristisch und zur differentialdiagnostischen Abgrenzung nicht zu verwerten.

So formt sich das Gesamtbild der Psittakosis aus einer Reihe von Symptomen, die die Erkrankung mit anderen Leiden gemein hat. So charakteristisch das eine oder andere auch scheinen mag, es wird der Nachweis der typischen Infektionsquelle zur endgültigen Sicherung der Diagnose stets zu erstreben sein, und das, was wir als kennzeichend für die Erkrankung hier herausgreifen durften, soll im Einzelfalle Veranlassung geben die für jede einwandfreie Diagnose unentbehrliche Anamnese entsprechend zu ergänzen.

Wenn nach den neuesten umfassenden Erhebungen der Hygienesektion des Völkerbundes die Psittakosis noch mit einer Mortalität bis zu 40 Proz. belastet ist, so braucht kaum betont zu werden, daß es des Einsatzes aller nur irgend Erfolg versprechenden therapeutischen Mittel bedarf, um den schwer bedrohten Kranken zu erhalten.

Die ausgiebige Anwendung von Herz- und Gefäßmitteln bei drohender Kreislaufschwäche ist in gleicher Weise indiziert, wie bei allen hochfieberhaften Erkrankungen. Mit Rücksicht auf die oft ausgedehnten entzündlichen Lungenprozesse verdienen die altbewährten physikalischen Heilmethoden in gleicher Weise Verwendung wie bei der kruppösen Pneumonie. Die guten Erfolge, die wir mit der konsequent durchgeführten Chininbehandlung bei den verschiedensten Formen der Lungenentzündung erzielen, veranlaßten uns auch hier von diesem Mittel Gebrauch zu machen, wie wir glauben möchten mit gutem Erfolg. Wir befinden uns bei dieser Ansicht in Übereinstimmung auch mit anderen Beobachtern. Die Meinung, daß dem Chinin auch eine spezifische Wirkung auf das Psittakosevirus zugeschrieben werden könnte, erscheint nicht ganz abwegig, blieb doch der in Berlin zuerst erkrankte und später verstorbene Geologe trotz häufiger Berührung mit den kranken Papageien von einer Infektion verschont, so lange er während seines Aufenthaltes in Brasilien eine vorschriftsmäßige Malariaprophylaxe mit Plasmochin durchführte.

Trotzdem werden wir bei einer Infektionskrankheit mit spezifischem Erreger weiter nach einer gesondert gegen diesen und seine Auswirkungen gerichteten Therapie zu suchen haben. Mitteilungen über den Verlauf einer Hamburger Hausepidemie ließen auf Immunität nach überstandener Erkrankung schließen und veranlaßten uns, die Behandlung mit Rekonvaleszentenserum in Vorschlag zu bringen. Sie ist inzwischen in Hamburg und Leipzig mit gutem Erfolge durchgeführt und wurde auch uns kürzlich in der Klinik durch das Entgegenkommen zweier Breslauer Kollegen ermöglicht. Es werden 50—100 ccm Serum anfangs wenn möglich täglich intravenös oder intramuskulär injiziert. Die Serumbehandlung kann unterstützt werden durch eine unspezifische Therapie mit ausgiebigen Bluttransfusionen, und wenn geeignete Spender zur Verfügung stehen, scheint uns in der Transfusion von Rekonvaleszentenblut eine glückliche Vereinigung beider Behandlungsmethoden gegeben. Wir glauben, daß wir bei Ausnutzung dieser therapeutischen Möglichkeiten der Erkrankung keineswegs so machtlos gegenüberstehen.

Priv.-Doz. Dr. K. Imhäuser, Breslau, Hobrechtufer 4.

2. Sind Schwitzbäder gesundheitsfördernd, in welchen Fällen soll man sie empfehlen?

Von

Dr. Ernst Tobias in Berlin.

Schwitzbäder haben wie der Aderlaß von alters her in der Behandlung des kranken Menschen wie zu prophylaktischen Zwecken eine bedeutende Rolle gespielt. Während aber der Aderlaß dadurch in Mißkredit kam, daß man seine Wirksamkeit maßlos überschätzte und ihn lange als Allheilmittel ansah, so daß er erst nach längerer Unterbrechung mit den Fortschritten der Wissenschaft die ihm gebührende Stellung in der Heilkunde wieder einnehmen konnte, hat sich bei den Schwitzbädern nur insofern eine Wandlung vollzogen, als man bei der wissenschaftlichen Erforschung der physiologischen Grundlagen der Hydrotherapie vor nunmehr 60 Jahren auch dem „Einfluß auf die Sekretionen“ der Drüsen des menschlichen Körpers und vor allem den Schweißdrüsen

Aufmerksamkeit zuwandte und die altgewohnte Therapie fortan auf kritisch wissenschaftlicher Grundlage fortführte.

Um das Ergebnis der physiologischen Forschung kurz zusammenzufassen, so ist ohne weiteres klar, daß die Ausschwitzung einer größeren Flüssigkeitsmenge in verschiedenster Hinsicht von Einfluß sein muß. Es ergab sich, daß das Blut zäh an seiner Konzentration festhält und daß eine Eindickung durch Flüssigkeitsverlust rasch vorübergeht. Eine dauernde Veränderung seiner molekularen Konzentration kommt überhaupt nicht in Betracht. Durch die Flüssigkeitsausscheidung kommt es zu dem höchst bedeutungsvollen Vorgang der vermehrten Strömung in den Lymphbahnen. In der Anregung der Ausgleichsvorgänge im Organismus haben wir die hervorragendste Tätigkeit der Schwitzkuren zu erblicken. Neben der Flüssigkeitsmenge ist die Zusammensetzung der ausgeschwitzten Flüssigkeit von Interesse, indem für die Pathologie die Frage von größter Bedeutung ist, ob es mit Hilfe von Schwitzkuren gelingt, dem Körper auch Giftstoffe zu entziehen. Die Forschung hat sich mit den einschlägigen Fragen vor allem bei Nierenerkrankungen, sodann bei Infektionen und Intoxikationen befaßt. Bei Nierenerkrankungen hat man physikalisch den Körper auf zweierlei Art zu entlasten versucht. Die mildere Form der protrahierten indifferenten Vollbäder von mindestens einer Stunde Dauer, die Strasser und Blumenkranz einführten, hat erhöhte Kochsalz- und Stickstoffausscheidung durch die Nieren zur Folge. Sie behilft sich ohne die anstrengende Vermehrung der Wasserausscheidung durch die Haut, die das Prinzip der anstrengenderen Schwitzkuren darstellt, die vor allem bei Ödemen und bei Urämie sowie in Fällen zur Anwendung gelangen, in denen Vollbäder aus irgendwelchen Gründen nicht gangbar sind. Den Wert dieser Schwitzkuren erblickt Volhard nicht in der vermehrten Kochsalzausscheidung durch den Schweiß, sondern vor allem in der erwähnten Beförderung des Einströmens von Gewebs- und Ödemflüssigkeit in das Blut. Dazu kommt nach Strauß eine Erhöhung der Ausscheidung von Reststickstoff, nach Strasser eine Steigerung der Ausscheidungsfähigkeit von festen Bestandteilen durch die Niere bei Verminderung der Urinmenge.

Die so wichtige Frage der Ausscheidung von Bakterien durch den Schweiß wird in der Literatur immer nur als „wahrscheinlich" bezeichnet. Eingehender hat man sich mit der Bedeutung von Schwitzkuren bei Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie bei einigen Intoxikationen beschäftigt. Den Ausgangspunkt bildeten äußere Gepflogenheiten wie die ursprünglich ausschließliche Behandlung von Geschlechtskrankheiten durch Schwitzkuren seitens der Naturheilkundigen. Wenn sie ihren Wert auch nach Anerkennung der Quecksilber-, Salvarsan- und Wismutbehandlung nicht eingebüßt haben, so liegt es an der Erkenntnis, daß man der Haut eine große immunisatorische Bedeutung beilegt und sich von dieser Eigenschaft in bezug auf die Verhütung postsyphilitischer Erkrankungen des Nerven- wie des Gefäßsystems günstigen Einfluß verspricht. Die Kombination mit Schwitzbädern wurde auch dazu benutzt, um einerseits die Dosis antisyphilitischer spezifischer Mittel herabsetzen zu können, andererseits ihre Wirksamkeit in therapieresistenten Fällen zu erhöhen, endlich auch die Giftausscheidung aus dem Körper zu fördern. Letzteren Zweck erstreben Schwitzbäder desgleichen bei chronischen Quecksilber- und chronischen Bleivergiftungen sowie bei sonstigen Metallvergiftungen, auch in Fällen, wo die Einverleibung des Metalls schon längere Zeit zurückliegt.

In allerjüngster Zeit [1]) haben dann Marchionini und Ottenstein über die Wirkung von Schwitzbädern an der Hand neuerer an der Freiburger Hautklinik angestellter Untersuchungen berichtet. Der Schweiß führt vermöge seiner sauren Beschaffenheit durch Verdunstung an der Hautoberfläche zur Bildung eines „Säuremantels", der mit bakterizider Kraft die Abwehr der Mikroorganismen veranlaßt, die sich an der Haut niederlassen. Man soll in solchen Fällen nach dem Schwitzbad keinerlei Duschen oder Reinigungsbäder verabfolgen. Im Schweiß selbst fanden Marchionini und Ottenstein neben Kochsalz vor allem Zucker, zumal bei Zuckerspeicherung durch Kohlehydratmast oder Störungen im Kohlehydratstoffwechsel. Wichtig ist die Prophylaxe intertriginöser Hauterkrankungen bei Schwitzbädern von Diabetikern; sie stellen Lücken im Säuremantel dar und bilden ein günstiges Milieu für das Wachstum zahlreicher bakterieller und mykotischer Krankheitserreger, zumal bei Zuckergehalt des Schweißes. Marchionini und Ottenstein empfehlen, diese Stellen durch besonders sorgfältige Trocknung nach dem Bade und Einpuderung mit pulverisierter Borsäure zu schützen. Sie konstatierten ferner den „inneren Säurestoß", womit sie die stoßartige Verschiebung im Säurebasenhaushalt von starker Azidose zu starker Alkalose bezeichnen, des weiteren Verschiebungen im Stoffwechsel und Blut, die im Sinne der spezifischen Umstimmungstherapie zur Geltung kommen.

Fragen wir nunmehr zunächst ganz allgemein, welchem therapeutischen Zwecke Schwitzbäder dienen, so verwenden wir sie in allen Fällen, in denen wir eine Flüssigkeitsentziehung oder eine Entwässerung des Körpers anstreben. Wir verwenden sie zur Anregung der Ausscheidung pathogener Stoffe und fördern gegebenenfalls diese Ausscheidung durch gleichzeitige Flüssigkeitszufuhr. Da Schwitzprozeduren schmerzlindernd wirken, machen wir von ihnen allgemeinen und örtlichen Gebrauch in Fällen allgemeiner oder ört-

[1]) Ther. Gegenw. Sept. 1931.

licher Schmerzzustände zumal auf dem Gebiete der Nerven-, der rheumatischen und der Stoffwechselkrankheiten. Zu erwähnen ist dann ihre temperaturherabsetzende Wirkung sowie ihre Anwendung bei lokalen Entzündungen und zur Resorption von Exsudaten. Einige weitere Indikationen entspringen praktischen Erfahrungen, so die Verwendung bei Arterienverkalkung und zur Herabsetzung des erhöhten Blutdrucks.

Ein Überblick über die einzelnen Krankheitsgebiete gibt das vollständigste Bild der speziellen Indikation von Schwitzkuren.

In der Behandlung der fieberhaften Infektionskrankheiten spielen Schwitzbäder keine überragende Rolle. So wissen wir, daß man zur Herabsetzung der übermäßig erhöhten Körpertemperatur beim Abdominaltyphus von jeher von kalten Bädern Gebrauch macht, auch daß dieses Vorgehen sich bei der Pneumonie nicht durchsetzen konnte. Im allgemeinen zieht man kleinere Dosen geeigneter Medikamente den zumal bei dem angegriffenen und geschwächten Organismus anstrengenden Schwitzprozeduren vor. Eine besondere Diskussion entfachten die Versuche, mittels einmaliger energischer Diaphorese eine Influenza zu kupieren. Es ist bekannt, daß dies bei Kindern häufig gelingt, wo es nicht zu toxischer Schädigung des Herzens kommt. Auch bei Erwachsenen können diesbezügliche Versuche von Erfolg begleitet sein. Wir wissen aber aus den Zeiten von Epidemien, daß Kupierung dann meist mißlingt; man glaubte sogar feststellen zu können, daß eine auf diese Art eingeleitete Behandlung die Prognose oft verschlechterte. Weniger bekannt dürfte sein, daß besondere Vorsicht bei Hypotonikern geboten ist; ihrer speziellen Gefährdung dürfte die Anschauung zugrunde liegen, daß Hypotoniker in der Bildung von Gegengiften stärker versagen. Bei Masern bekämpft man die hohen Temperaturen mit soporösen Zuständen wie eine stärkere Kapillarbronchitis in der Regel nicht mit Schwitzbädern, sondern mit lauen Vollbädern mit Übergießungen, die Kapillarbronchitis an sich auch mit heißen Bädern, häufiger aber mit den Heubnerschen heißen Senfwassereinwicklungen. Beim Scharlach sind Schwitzprozeduren nur in Fällen komplizierender Nephritis indiziert. Heiße Vollbäder werden bei Cholera und epidemischer Genickstarre verwandt. Bei der Malaria dienen Schwitzbäder zumal mit nachfolgenden kalten Wasseranwendungen der Provokation von Malariaanfällen, die zumal bei stark belästigenden latenten Erscheinungen wünschenswert sein kann.

Beim akuten, subakuten und chronischen Gelenkrheumatismus hat die Schwitzbäderbehandlung neben der Salizyltherapie überragende Bedeutung. Es muß dabei betont werden, daß der Ausbau der physikalischen Heilmethoden gerade beim Gelenkrheumatismus noch keineswegs zu der so wünschenswerten und notwendigen technischen Vollkommenheit geführt hat. Eine Kontraindikation bildet das Bestehen einer Endokarditis. Bei der chronischen Erkrankung kommen für Schwitzkuren namentlich die Fälle mit rheumatischer und gichtischer Ätiologie in Betracht, während die Arthritis deformans, die tuberkulöse, die gonorrhoische, die luische Gelenkerkrankung, die nervösen Arthropathien, vor allem auch infektiöse Arthritiden sich zu Schwitzkuren nicht eignen. Sie sind überhaupt im allgemeinen die Behandlungsmethode der Polyarthritiden, nicht der Monarthritis. In hervorragendem Maße gelangen sie auch beim allgemeinen Muskelrheumatismus zur Anwendung, bei dem sie schmerzlindernd wirken. In bezug auf die lokale Myalgie kommt ein Versuch mit allgemeinen Schwitzbädern höchstens bei langdauernder chronischer Lumbago sowie im ersten Beginn eines akuten starken Hexenschusses in Frage.

Aus dem Gebiete der Erkrankungen des Nervensystems sei vor allem auf die schmerzlindernde Wirkung lokaler Schwitzbäder bei akuter rheumatischer Ischias hingewiesen. Es sei aber ausdrücklich betont, daß die Prozedur solange ausgedehnt werden muß, bis Schweißausbruch erfolgt, da früherer Abbruch ohne einen solchen zu erheblicher Schmerzsteigerung führt. Als Nachprozedur nach dem lokalen Schwitzbad vermeide man bei Ischias das warme Bad, das in der Regel schlecht wirkt, indem es die erzielte Schmerzlinderung vollständig wieder aufhebt. In Fällen, die man schon zum Schwitzen bringen kann, gebe man zugleich schweißtreibende Getränke wie Lindenblütentee und Salizylpräparate. Ausgezeichnet wirken Schwitzprozeduren, für sich oder mit angeschlossener Elektrotherapie, bei peripheren Lähmungen wie bei der rheumatischen Fazialislähmung, wo als Schwitzprozedur das Kopflichtbad fungiert. Bei der Polyneuritis gibt man vorsichtige Schwitzbäder zumal im ersten Stadium der Erkrankung. Zu warnen ist vor ihrer Anwendung bei den Schmerzparoxismen der Tabiker. Kurz hingewiesen sei endlich auf Versuche von Walinski, der progressiven Paralyse im Sinne der Wagner-Jaureggschen Malariabehandlung auf dem Wege einer Überhitzung des Körpers beizukommen. Sie haben zu für die Praxis verwertbaren Resultaten noch nicht geführt.

Wenden wir uns nunmehr zu den Erkrankungen des Zirkulationsapparats, so sei vor allem der Bestrebungen gedacht, die Arteriosklerose mit Blutdruckerhöhung mit vorsichtigen Schwitzbädern, so vor allem mit Lichtbädern (Selig empfahl ein Lichtbad wöchentlich), besonders auch mit den Hauffeschen allmählich erwärmten Teilbädern zu bekämpfen. Beim intermittierenden Hinken zieht man örtlichen Schwitzbädern galvanische Teilbäder vor. Bei schwereren Herz- und Gefäßerkrankungen sind allgemeine Schwitzbäder kontraindiziert.

Über Schwitzbäder bei Nierenkrankheiten wurde das Wesentliche hervorgehoben. Die Hauptindikation bildet die akute Nephritis, bilden nament-

lich Ödeme und drohende Urämie. Von größter Bedeutung ist der Zustand des Zirkulationsapparats. Bei Nephrosklerose sind Schwitzbäder im allgemeinen kondraindiziert. Kurz erwähnt sei ihre Wirksamkeit bei Neigung zu Nephrolithiasis; im akuten Anfall wie bei krampfartigen Blasenbeschwerden kommt nur lokale Hitze in Betracht.

Eine Reihe von Indikationen ergeben sich bei den Erkrankungen der Hals- und Respirationsorgane. Bekannt ist die ausgezeichnete Wirkung von Kopflichtbädern bei akuten und chronischen Erkrankungen der Nebenhöhlen, der hervorragende Effekt von Schwitzbädern bei starken Erkältungszuständen, deren Dauer sie abkürzen, die sie nicht selten zu kupieren vermögen. Bei den akuten und chronischen Katarrhen der oberen Luftwege wirken sie, zweckmäßige Technik vorausgesetzt, beruhigend und expektorationsbefördernd. Wohl mit Unrecht ist der v. Strümpellsche Vorschlag der Behandlung des Asthma bronchiale mit Glühlichtbädern in Vergessenheit geraten. Die Krampfüberwindung im Augenblicke einsetzender Schweißeruption ist frappant, die Wirkung einer Reihe von Lichtbädern oft lange nachhaltend. Lungentuberkulose, zumal in vorgerückterem Stadium, bedeutet eine absolute Kontraindikation für jede aus irgendeinem Grunde notwendig erscheinende Schwitzprozedur. Hingegen kann eine Schwitzprozedur äußerst wirksam sein bei nicht fiebernden Fällen von trockner Rippenfellentzündung. Man bedient sich dabei in der Regel des Lichtbügels, dem man zweckmäßig einige blaue Birnen einfügt; bemerkenswerterweise erwiesen sich mir des öfteren allgemeine Lichtbäder den örtlichen überlegen.

Bekannt ist, daß bei Bleichsucht Lichtschwitzbäder ähnlich günstig wirken wie die zuerst von Rosin empfohlenen heißen Solbäder.

Eine besondere Besprechung erfordert die Frage der Anwendung von Schwitzprozeduren bei Stoffwechselkrankheiten, zumal bei der Fettsucht und bei der Gicht. Bei Entfettungskuren führen Schwitzbäder in Verbindung mit Kälteanwendungen und Mechanotherapie, Massage und insbesondere Gymnastik, eine Mehrzersetzung herbei, die sich vor allem auf die stickstofffreien Substanzen, aber auch auf die Eiweißstoffe bezieht. Der wesentlichste Effekt — die einzelnen Schwitzprozeduren verhalten sich nicht gleichartig, die trocknen sind den feuchten meist überlegen — ist aber die herbeigeführte Entwässerung des Körpers, die den Kern der an der Wage abgelesenen Gewichtsverluste bildet und bei plethorischen Individuen, bei der sogenannten Mastfettsucht, ungewöhnlich hohe Grade annehmen kann. Sie pflegt sich nach einiger Zeit zu erschöpfen, nur im Anfang von Entfettungskuren kommt es durch Schwitzbäder zu erheblicher Gewichtsabnahme. Man wird darum gut tun, sowie die Wage Gewichtsverluste kaum noch oder nicht mehr zeigt, von Schwitzbädern, zumal wenn sie körperlich stark erschöpfen, entweder ganz Abstand zu nehmen oder das Schwitzen in der in der Hydrotherapie üblichen Art als Vorprozedur von kürzerer Dauer vor Kaltwasseranwendungen zu begrenzen oder endlich sich mit einem Schwitzbad wöchentlich zu begnügen. Nicht selten hebt sich seine Wirksamkeit nach einer Unterbrechung. Überhaupt sollte die Schwitzprozedur nur ein Glied im Rahmen einer präzis geregelten physikalisch-diätetischen Behandlung sein. Die Art der Verordnung und Gestaltung der Bäder ist dem Zustand des kardiovaskulären Apparats anzupassen. Daß die Entwässerung, wenn auch eine wesentliche, so doch nicht die alleinige Wirkung der Schwitzkuren darstellt, beweisen die unleugbaren, wenn auch bescheideneren Erfolge bei der endogenen Fettsucht. Bei Gicht kommen Schwitzbäder vor allem für die Fälle vor Muskelrheumatismus in Betracht, die sich als durch harnsaure Diathese bedingt herausstellen. Von großem Interesse ist auch in diesen Fällen die provokatorische Wirkung der Schwitzbäder mit nachfolgenden Kaltwasserprozeduren, indem ein durch sie ausgelöster Gichtanfall langjährige unklare bzw. latente Beschwerden von Kranken mit einem Schlage zu erklären und zu beseitigen vermag.

Auch bei gynäkologischen Erkrankungen und bei Erkrankungen der Sinnesorgane bieten sich Anwendungsmöglichkeiten für Schwitzbäder. Erwähnt seien die günstigen Wirkungen lokaler Heißluft-, insbesondere Glühlichtbäder bei alten parametritischen Exsudaten sowie bei dysmenorrhoischen Beschwerden, die ableitenden Wirkungen von Ganzlichtbädern in der Augenheilkunde bei der rheumatischen Regenbogenhautentzündung, bei myopischen Netzhautblutungen, in der Ohrenheilkunde bei der Otosklerose.

Eine kurze Erwähnung erheischt der weitverbreitete Volksgebrauch des regelmäßig einmal wöchentlich genommenen Schwitzbades. Eine Indikation liegt für gewöhnlich nicht vor; laienhafte Vorstellungen führen zur Gewohnheit, der viele Menschen bis ins hohe Alter obliegen und der sie nur während schwerer Erkrankungen vorübergehend entsagen. Die Gewohnheit ist wohl auch die Ursache, daß Schaden nur selten angerichtet wird, trotzdem der Körperzustand die Prozedur oft kaum rechtfertigt.

Über die Technik des Schwitzbades zu schreiben, würde allein für sich breitesten Raum beanspruchen. Sie ist im allgemeinen bekannt. So begnüge ich mit einzelnen auf praktischen Erfahrungen beruhenden Hinweisen, die speziell für die hausärztliche Praxis einiges Bemerkenswertes, zum Teil auch strittige Fragen berühren. Man unterscheidet trockne und feuchte Schwitzbäder. Die trocknen Schwitzbäder strengen weit weniger an als die feuchten, von denen man bei Kranken nur aus besonderem Anlaß Gebrauch machen sollte. Auch in bezug auf die Nachprozedur nach trocknen Schwitzbädern sollte man mehr als bisher daran denken, daß ein warmes

Bad die ganze Prozedur nicht unerheblich kompliziert. Eine sehr wichtige Frage lehrt, daß wir mit Teilschwitzbädern meist dasselbe erreichen wie mit Ganzprozeduren. In der heutigen Zeit, in der Teillichtbäder (Lichtbügel) mit wenig Kosten leihweise erhältlich sind, sollten sie, z. B. auch bei Erkältungskrankheiten, die Schwitzprozedur der Wahl sein; heiße Getränke wie der altgebräuchliche Lindenblütentee und schweißtreibende Medikamente beschleunigen und erhöhen die Wirkung der physikalischen Prozedur. Strittig ist die Frage, wie lange man eine Schwitzprozedur ausdehnen soll. Ich bin der Ansicht, daß man immer daran zu denken hat, daß das Schwitzen das Herz anstrengt und daß ausgiebiges Schwitzen meist nur dann ratsam ist, wenn man eine möglichst ausgiebige Entwässerung des Körpers anstrebt. Meist genügt es, an die nicht zu lange ausgedehnte Prozedur ein „Nachschwitzen" anzuschließen. Einen wichtigen Fortschritt bedeuten die Schweninger-Hauffeschen allmählich erwärmten Teilbäder, die in bezug auf schonende Wirkung den trocknen Schwitzbädern durchaus an die Seite gestellt werden können. Ihrer Heranziehung bei nicht bettlägerigen Kranken kann auch darum das Wort geredet werden, weil sie herzentlastend wirken, so daß Hauffe sie unter anderem auch zur Bekämpfung der Insuffizienz der Kreislauforgane empfiehlt.

Dr. E. Tobias, Berlin W 35, Am Karlsbad 2.

3. Über einen Fall von Duodenaldivertikel[1]).

Von

Dr. A. Bofinger in Bad Mergentheim,
Leitender Arzt der Diätkuranstalt am Frauenberg.

Mit 4 Figuren im Text.

Vor der Röntgenzeit war das Duodenaldivertikel eine für den Praktiker seltene Erkrankung und eigentlich nur von pathologisch-anatomischer Bedeutung; es wurde nur gelegentlich auf dem Sektionstisch, vielleicht auch einmal bei einer Operation gefunden. Wir wissen jetzt, daß das DD. keine so sehr seltene Erscheinung ist, aber für die Erkennung sind wir noch lange ja für die Dauer auf die Röntgenstrahlen angewiesen. Nach der ersten Veröffentlichung über ein röntgenologisch festgestelltes DD. durch Forsell und Key 1914 kamen zögernd erst Einzelbeobachtungen, bald aber, wie von Oehnell 1923 und Hahn 1930, Reihenbeobachtungen von 34 bzw. 52 Fällen. Auch bei der X. Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankeiten im Oktober 1930 wurde dem DD. eine eingehende Besprechung zuteil. Über das klinische und röntgenologische Bild der Divertikel des Magen-Darmkanals sprach Berg, welchem wir auch sonst grundlegende Arbeiten über DD. zu verdanken haben.

Auffallend sind die stark auseinandergehenden Angaben der einzelnen Autoren über die Häufigkeit der DD.; ich möchte hier nicht des näheren darauf eingehen, aber nur erwähnen, daß bei der Frage der Häufigkeit vor allem Klarheit darüber bestehen muß, was als echtes Divertikel anzusehen ist. Echte Divertikel entstehen nach Berg „durch hernienartige Vorstülpung der Schleimhautschicht an verdünnten Stellen oder Lücken des Muskelrohrs". Wir erinnern uns an die Unterscheidung von Pulsions- und Traktionsdivertikeln aus unserer Studentenzeit; es ist dies kein Gegensatz, denn Pulsionsdivertikel, d. h. durch Druck von innen entstandene Ausstülpungen liegen immer vor, nur kommt zu diesem Druck von innen bei vielen Fällen auch noch Zug von außen, herrührend von Verwachsungen der entzündeten Umgebung. Wesentlich ist auch der Sitz der DD.; solche an der Pars. sup. und Pars. inf. duodeni sind meist auf Ulkusbasis entstandene Ausstülpungen, sogenannte Taschenbildungen, während der Sitz der echten Divertikel fast ausschließlich die Pars desc. duod. ist. Diese Pars desc. duod. spielt entwicklungsgeschichtlich eine besondere Rolle, indem aus ihr Pankreas und Leber hervorgehen; „verdünnte Stellen und Lücken der Schleimhaut" sind hier mehr als an irgend einer anderen Stelle des Darmkanals zu erwarten. Freilich ist die Pars desc. auch die Einmündungsstelle von Gallen- und Pankreasgang und die Nähe dieser beiden Drüsen gibt auch wieder zu entzündlichen Divertikelbildungen reichen Anlaß; so wird in vielen Fällen die Entscheidung ob echt oder unecht nicht möglich sein, schon deshalb nicht, weil so oft beides zutrifft: das etwa nur in der Anlage vorhandene oder ganz symptomlos bestehende Divertikel wird durch entzündliche Prozesse der Umgebung erst zu einem Gebilde von pathologischer Bedeutung.

Der folgende Fall, welchen ich an der Hand von verschiedenen Röntgenbildern schildern will, erscheint mir nach seinen Symptomen wie nach dem röntgenologischen Befund so typisch, daß er einer Veröffentlichung wert ist.

Ein 72jähriger, hagerer Mann mit spärlichem Fettpolster hat seit Jahrzehnten Verdauungsbeschwerden wie starke Gasbildung, Aufstoßen, Schmerzen nach dem Essen, Verstopfung wechselnd mit plötzlichen Durchfällen, letzteres gewöhnlich im Frühjahr und Herbst und in Perioden von 4 Wochen bis zu 3 Monaten. Er hat dabei von jeher guten Appetit gehabt, muß aber sehr vorsichtig in der Auswahl seiner Speisen sein. Die übrige sehr ausgiebige Anamnese lasse ich beiseite; Patient hat noch verschiedene andere Erkrankungen durchgemacht, über welche er nach Art von Neurasthenikern seitenlange Aufzeichnungen in die Sprechstunde mitbringt. Er betont besonders die mannigfachen Diagnosen, welche von den verschiedenen Ärzten über sein Hauptleiden

[1]) Nach einem Vortrag auf der Frühjahrsversammlung des VI. Württ. ärztl. Bezirksvereins, Crailsheim.

gestellt worden sind: Darmkatarrh, Darmkrebs, Duodenalgeschwür, Gallensteine und natürlich auch nervöse Dyspepsie.

Befund mit Weglassung des für uns nicht Wichtigen: Lunge und Herz o. B. Blutdruck



Fig. 1.

120/65 Hg. Abdomen weich; nur in der Gallenblasengegend geringe Druck- und Klopfempfindlichkeit. Harnurobilinogen etwas vermehrt, sonst o. B. Diastasewerte nicht vermehrt. Stuhl weich ohne krankhafte Bestandteile. Magenausheberung nach E. B.-Probefrühstück: HCl 0 (Def. —8), Ges. Az. 14. Sarcine 0; lange Baz. 0; Milchsäure 0.

Und nun der Röntgenbefund: Ösophaguspassage einwandfrei; normotonischer Stierhornmagen mit großer Magenblase. Schleimhautrelief leicht vergröbert; lebhafte, tiefeinschneidende Peristaltik. Sofortiger Übertritt in einen nicht deformierten Bulbus; letzterer immer nur ganz kurz gefüllt; Pylorusabschluß scharf. 2 Stunden p. c. Magen leer, Brei im Dünndarm; in Höhe der Pars desc. duod. sieht man zwei intensiv schattengebende Flecken von Pflaumen- bzw. Kirschgröße (Fig. 1). Nach Nachfüllung von 200 ccm Kontrastflüssigkeit läßt sich die Lage dieser Flecken zu Magen und Duodenum besser verfolgen, und es zeigt sich, daß der Brei bei Passage des Duodenums an den Flecken vorbeizieht. Auch die Aufnahme Fig. 2 zeigt an derselben Stelle und in nahezu gleicher Form dieselben Schatten. 8 Stunden p. c. Magen und Dünndarm leer; der Kontrastbrei ist über den ganzen Dickdarm verteilt bis zur Ampulle ausschließlich. Die beiden Schatten sind an derselben Stelle, wenn auch um die Hälfte verkleinert, zu sehen (Fig. 3). Nach 24 Stunden sind die Flecken anscheinend nicht mehr zu sehen; Dickdarmfüllung weniger intensiv; der größte Teil in der Ampulle (Fig. 4).

Diesen zunächst im Röntgenprotokoll niedergelegten Befund glaubten wir aber doch noch korrigieren zu müssen. Bei einer 6 Tage später vorgenommenen Cholezystographie fand sich zwar keine Füllung der Gallenblase, aber auf zwei verschiedenen Aufnahmen in Höhe des 2. Lendenwirbels ein intensiver etwa erbsengroßer Schatten. Eine nochmalige Betrachtung der Fig. 4 läßt einen wenig größeren Schattenfleck sich deutlich von dem überdeckenden Breiinhalt des Querdarms abheben. Ich halte diesen letzteren Fleck für identisch mit dem geschilderten erbsengroßen Schatten auf den letzten beiden Aufnahmen.[1]) Bezeichnend ist, daß auf diesen letzten Aufnahmen die teilweise gefüllte Appendix dieselbe Schattenintensität zeigt. Auch der Appendixinhalt rührt von der vor 6 Tagen erfolgten Füllung.

Die Kennzeichen eines positiven DD.-Befundes sind nach Clairmont und Schinz folgende 4:

1. Fleckförmiger Schatten mit bei guter Füllung scharfen Konturen im Gebiet des Duodenums.
2. Passieren des Kontrastbreies über oder neben dem Kontrastflecken vorbei in das aborale Duodenum oder Jejunum.
3. Sichtbarbleiben des Flecks bei Entleerung des übrigen Duodenums und
4. stunden- bis tagelange Retention von Kontrastmitteln an den fraglichen Stellen.

Alle diese Kennzeichen sind bei dem geschilderten Fall nachzuweisen; 1, 3 und 4 sind



Fig. 2.

aus den Abbildungen zu entnehmen; das 2. ist nur vor dem Schirm zu beobachten und im Bild nicht festzuhalten. Nur kurz möchte ich aber auf

[1]) Aus Raummangel sind diese beiden Aufnahmen nicht wiedergegeben.

die Frage eingehen, ob und wieweit das klinische Bild ohne Röntgenbefund bei unserem Patienten irgendwie charakteristische Symptome aufweist, welche die Diagnose DD. ermöglichen könnten.

Wir haben den typischen „unklaren Bauchfall" bei einem 72jährigen Mann. Die ersten Erscheinungen gehen auf die Jugendjahre zurück; in buntem Wechsel zeigen sich die mannigfachsten Symptome, welche an die verschiedensten Krankheiten in diesem „Wetterwinkel" des Bauches erinnern. Als solche Symptome bei DD. findet man: Magenschmerzen von verschiedenem Charakter, brennend, bohrend, saugend, meist unabhängig von Nahrungsaufnahme; Gasspannung im Leib, Blähungen; Übelkeit und Brechreiz, manchmal auch Erbrechen; Ausstrahlungen der Schmerzen nach verschiedenen Richtungen; Diarrhöen. Infolge dieser Beschwerden wählt der Kranke meist mit der Zeit eine Angstdiät mit mehr oder weniger Einschränkungen, ohne damit besonderen Erfolg zu haben. Auch Meläna wird erwähnt, bedingt durch Erosion der Divertikelwand, wobei natürlich niemals ohne Autopsie entschieden werden kann, ob eine solche Blutung nicht von einem daneben bestehenden Geschwür herrührt.

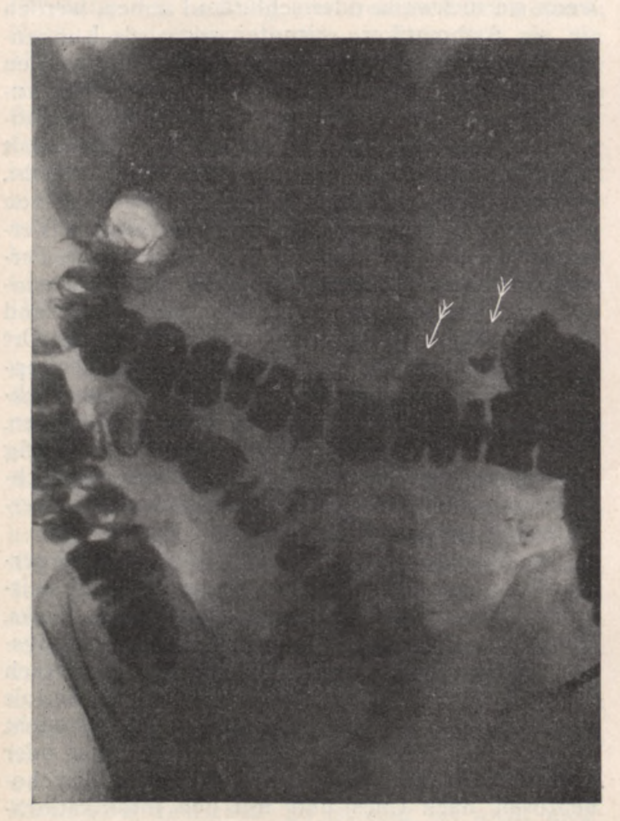


Fig. 3.

Wir müssen überhaupt daran denken, daß das DD. als Vorläufer oder als Folge der verschiedensten Erkrankungen des rechten Oberbauchs auftreten kann: dann wird uns verständlich, wie bald die Symptome des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs, bald solche von Gallenblasenentzündung oder ähnlichem hervortreten. So ist wohl auch die Achylie unseres Falles wahrscheinlich erst Folge einer durch das DD. verursachten Gastritis; und die immer auftretenden Diarrhöen

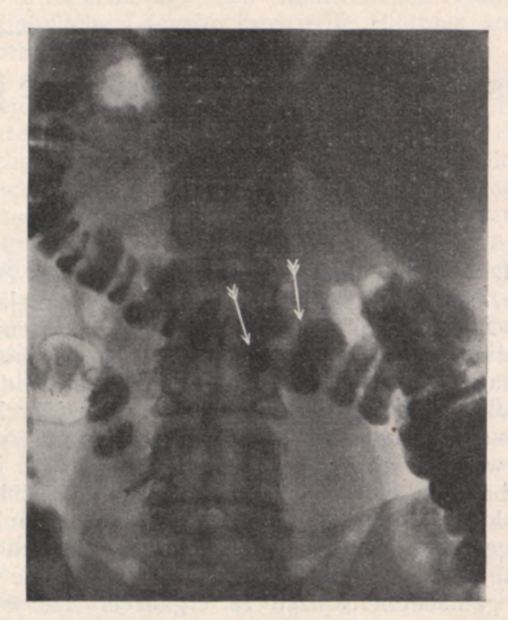


Fig. 4.

unseres Kranken sind wohl eher durch Retention von Nahrungsresten in den Divertikelsäcken und nachfolgende Zersetzung zu erklären, als durch Achylie.

Das Charakteristische des Symptomenbildes des DD. ist, wenn man so sagen darf, das Uncharakteristische in den unklaren und wechselnden Symptomen. Man muß eben an DD. denken in solchen unklaren Fällen, vor allem bei älteren Patienten, welche ihre Beschwerden schon seit Jahren haben. Eine Röntgenuntersuchung kann dann mit leichter Mühe die Sache klären.

Zur Behandlung des DD. nur noch einige kurze Bemerkungen; sofern ein vielleicht nur zufällig gefundenes DD. nicht schon vorher ganz oder größtenteils beschwerdefrei verläuft, wird eine geeignete symptomatische Behandlung mit Diät und Medikamenten wohl in den meisten Fällen von Erfolg sein. Andererseits bedeutet das DD. für den Träger doch auch eine Quelle mannigfacher Gefahren, vor allem als Schrittmacher für cholezystitische Prozesse und für Pankreatitis, so daß es erklärlich wird, wenn in letzter Zeit die Literatur gerade über operative Inangriffnahme des DD. stark anschwillt. Hahn berichtet im Oktober 1930 über 52 aus der Literatur zusammengestellte Fälle; bei 25, also nahezu 50 Proz. wurden die Beschwerden beseitigt; bei 20 fanden sich Komplikationen, welche ihrerseits operativ angegangen werden mußten und bei 7 wurde das vorher diagnostizierte DD. nicht gefunden. Unter diesen 52 Fällen sind

freilich nicht nur echte DD. sondern auch Taschenbildungen und Ausstülpungen auf Ulkusbasis. Meistens werden es die Grundkrankheiten oder auch die Folgezustände sein, welche die Indikation zum operativen Eingriff abgeben; die reinen Divertikel, wie im vorstehenden eines geschildert ist, dürften kaum einmal die Veranlassung zur Operation geben. Schwierigkeit und Gefahren des Eingriffs stehen meist nicht im richtigen Verhältnis zu den Beschwerden.

Dr. A. Bofinger, Bad Mergentheim, Diätkuranstalt am Frauenberg.

Zusammenfassende Aufsätze über den heutigen Stand der Medizin.

1. Verkannte Psychosen.

Von

San.-Rat Dr. **P. Fuchs** in Berlin.

Die nachfolgenden Ausführungen eines Praktikers sind an Praktiker gerichtet. Bei langjährigen Nachuntersuchungen von Krankenkassenmitgliedern hat sich herausgestellt, daß psychische Erkrankungen ungeheuer häufig verkannt, und die Kranken infolgedessen monate- selbst jahrelang unzweckmäßigen Behandlungsmethoden unterworfen werden. Sechs Jahre hindurch hat Verf. jede diesbezügliche Beobachtung einzeln aufgezeichnet und hierbei Gelegenheit gehabt, dieselben Kranken, die gewöhnlich durch die Behandlung verschiedener Ärzte gingen, immer wieder zu sehen und die vorher gemachten Notizen zu ergänzen. Hervorgehoben sei, daß hier nicht von den Schwergeisteskranken die Rede sein soll, welche durch ihr asoziales Verhalten, durch Verblödung oder durch Stupor der Internierung in geschlossenen Anstalten zugeführt werden, vielmehr von den seelischen Störungen in ihrer Gesamtheit einschließlich der Psychoneurosen. Die Fülle des Materials verhindert eine ausführliche kasuistische Darstellung. Es sollen daher die bei den verschiedenen psychischen Erkrankungen gemachten Beobachtungen unter möglichst knapper Anführung von Beispielen geschildert werden.

Die zirkulären Psychosen werden gewöhnlich im depressiven Stadium verkannt, besonders, wenn die auf ein bestimmtes Organ gerichteten hypochondrischen Vorstellungen der Kranken die Aufmerksamkeit des Arztes einseitig ablenken. So ist ein ausgesprochener Zirkulärer, der während seiner jahrelangen Depressionen, in denen er körperlich immer schwer herunterkam, sowohl von verschiedenen Praktikern als auch in verschiedenen Krankenhäusern abwechselnd als an Karzinom, an hartnäckigem Lumbago, an Nierentuberkulose leidend angesehen und behandelt worden. Diesem Beispiel entsprechend wurden endogene Depressionen verkannt als: Chronische Appendizitis, Gastritis, Gelenkrheumatismus, Herzerkrankung, Nervenschwäche, Anämie, Interkostalneuralgie.

Bei den Schizophrenien wurden die Wahnvorstellungen, insbesondere die Eigenkörperhalluzinationen und die schweren psychischen Hemmungen nicht als solche erkannt. Eine 32 jährige, über Leichengeruch im Munde klagende Näherin, wurde mit der Diagnose Nebenhöhleneiterung einer Kieferklinik überwiesen. Als sie dort operiert werden sollte, sprang sie vom Operationstisch und flüchtete. Zwei Tage darauf offenbarte sie dem Verf. in charakteristisch zerfahrener Art und grimassierend ihre bunten Halluzinationen. — Bei einer 28 jährigen Stenotypistin erfolgte wegen Sprachstörung mit Angst die Überweisung in eine Stotterheilanstalt. Dort wurde sie sechs Wochen lang mit Stotterunterricht bedacht und kehrte mit Mutismus, katatonischen Haltungen und paradoxer Mimik zurück. — Die Schizophrenen und die ihre Vorstufe bildenden zahlreichen Schizoiden gelten oft als neurasthenisch trotz der absonderlichen Art, in der sie ihre körperlichen Beschwerden vorbringen: „Es läuft etwas, es knabbert, es gießt, es macht Hokuspokus u. dgl.“; wenn sie ruckweise oder schlürfend atmen, werden sie als Asthmatiker, mitunter sogar als Lungenkranke angesehen. Als erholungsbedürftig werden sie in Bäder und Sanatorien verschickt. Fällt zufällig einmal ein Abklingen des akuten schizophrenen Auftritts mit einem solchen Aufenthalt zusammen, dann wird dieser Scheinerfolg verbucht. Meistens fallen sie aber durch ihre wunderlichen Manieren, unsinnigen Redensarten, bizarres Verhalten auf und verursachen den Ärzten, dem Personal und den anderen Kranken allerlei Unannehmlichkeiten. Ganz besonders unbequem sind die paranoiden Querulanten, welche schon an Ort und Stelle über Ärzte, Unterkunft und Essen schimpfen, ihre Umgebung aufwiegeln und nach der Rückkehr seitenlange Beschwerdeschriften an Behörden, Vorstände und Ämter richten, die leider häufig ernst genommen werden und zu unliebsamen Nachforschungen und zeitraubenden Schriftwechseln Veranlassung geben.

Im Gefolge von Schädelverletzungen, Hirnerschütterungen oder Hirntraumen stellen sich mitunter Erregungszustände, Angstneurosen, Ticks, Dämmerzustände oder Psychosen mit Erinnerungsverlust (Korsakoffsches Krankheitsbild) ein. Auch diese Kranken mußten es sich gefallen lassen, als Neurastheniker abgetan zu werden. Ähnlich steht es mit den Ausfallsneurosen nach operativer oder Röntgenkastration, mit den Psychosen und Psychoneurosen nach Lues und mit den Intoxikationspsychosen — Morphin, Kokain, Nikotin, Alkohol — welche letztere häufig durch hervorstechende körperliche Symptome von seiten der Augen, der Hals-, Rachen-, der Respirations- und Bauchorgane den ärztlichen Blick von der Psyche ablenken. Nebenbei sei hier vermerkt, daß in umgekehrter Verkennung bei vielen durch Überarbeitung oder Er-

schöpfung hervorgerufenen körperlichen Krankheitszuständen die Diagnose Neurasthenie sehr beliebt ist [1]).

Die Hysterie zeigt uns Bilder aller möglichen Organkrankheiten mitunter in künstlerischer Vollendung dargestellt. Darum war es nicht verwunderlich, psychogene Lähmungen als Apoplexiefolgen, Ösophagusspasmen als organische Stenosen gedeutet zu sehen. Hysterische Symptome wurden als Nervenschwäche, Epilepsie, Neuralgien, Myalgien, Lungen-, Herz-, Abdominalerkrankungen verkannt. Bemerkenswert ist, daß auch erfahrene Chirurgen getäuscht und zu operativen Eingriffen veranlaßt wurden. Eine 43jährige Wirtschafterin wurde wegen vermuteten Brustkrebses anoperiert. Nach Feststellung des Irrtums wurde die halbabgetrennte Mamma, so gut es ging, mit ihrer Unterlage vernäht. — Eine 22jährige Hausangestellte, stark pietistisch eingestellt, regelmäßige Besucherin religiöser Konventikel, erkrankte nach Verärgerung über einen durch ihre Ungeschicklichkeit verursachten Schaden an heftigen Leibschmerzen mit Temperaturerhöhung. Nach Aufnahme in einem Stiftskrankenhause wegen Appendizitisverdachts übliche Behandlung. Wegen ihrer Frömmigkeit wurde Patientin der Liebling der frommen Schwestern. Nach eingetretener Besserung bekommt sie am Morgen des für die Entlassung bestimmten Tages einen Rückfall: Übelkeit, Schmerzen über dem Mac Burneyschen Punkt. Man entschließt sich zur Operation: Appendix und Umgebung ist völlig intakt. Auch die Punktion der Gallenblase ergibt nichts Krankhaftes. Kurze Zeit nach der nunmehr unvermeidlichen Entlassung erfolgt bei der seitherigen Betschwester ein plötzlicher Umschlag in Liebestollheit. Sie bleibt Nächte lang aus dem Hause fort und muß entlassen werden.

Die Ursache der geschilderten Verkennungen liegt in der immer noch herrschenden und durch den Unterricht geförderten zu ausschließlichen Richtung der Krankenuntersuchung auf die sogenannten objektiven Krankheitszeichen, also auf sicht- oder fühlbare resp. physikalisch, mikroskopisch oder chemisch erkennbare krankhafte Veränderungen. So konnte es sich ereignen, daß ein schwerer Psychotiker durch einen Neurologen gründlich untersucht, nach Feststellung des Fehlens aller sensiblen und motorischen Ausfallszeichen sowie aller pathologischen Reflexe usw. mit einem ausführlichen Bericht und dem Urteil „Keine nachweisbare Krankheit" sich vorstellte. In der Erkennung der Ursache des Fehlers liegt bereits das Mittel ihn zu vermeiden, hier also: Bei aller Sorgfalt der Organuntersuchung auch an die Seele des Kranken denken. Es ist sehr oft nicht möglich, fast niemals notwendig, rasch zu einer genauen Feststellung der vorliegenden psychischen Abweichung zu kommen, die Hauptsache ist, überhaupt festzustellen, daß eine solche vorliegt. Da hilft der Blick auf die Haltung und den Gang des Kranken schon beim Eintritt ins Zimmer, die Betrachtung seines Gesichts, der kummervolle Ausdruck, die Verlangsamung der Sprache und der Bewegungen. Andere fallen durch ihre unbeweglichen Gesichtszüge, den träumerischen Ausdruck, das süßliche Lächeln, ihre steife Haltung, andere durch ihre Geziertheit, wieder andere durch ihre Verschlossenheit oder im Gegensatz hierzu durch ihren Wortschwall auf. Es ist hier nicht der Ort, Einzelheiten anzuführen, die in jedem Lehrbuch nachgelesen werden können. Wichtig ist die Erforschung der hereditären Verhältnisse. So gut wie immer liegt familiäre Belastung vor, oft müssen die Angehörigen Aufschlüsse geben. Mitunter haben Kleinigkeiten eine gewisse Bedeutung, wenn z. B ein Berliner Arbeiterkind von der Mutter mit Vornamen wie: Praxedis, Edeltraut, Felicia bedacht worden ist. Die Erkundung des Verhaltens in der Kindheit, in der Schule darf nicht versäumt werden. Oft ist es nicht leicht, die Kranken zum Reden zu bringen, ist aber das Eis gebrochen, dann ist der Untersuchte glücklich darüber, daß endlich einmal nach der körperlichen Untersuchung auch auf das, was innerlich in ihm vorgeht, geachtet worden ist. Mit einem Gefühl der Erlösung verläßt er das Sprechzimmer, dankbar und bereit, den weiteren ärztlichen Weisungen gewissenhaft Folge zu leisten. San.-Rat Dr. P. Fuchs, Berlin W 35, Lützowstr. 95.

[1]) Fuchs: „Gesundheitsstörungen durch körperliche Arbeit" Dtsch. med. Wschr. 1927, Nr. 35.

Aus dem Sanatorium Bühlerhöhe (Schwarzwald).

2. Seltene Ursachen einer Thrombophlebitis des Armes.

Von

Dr. **Hermann Weiß,**

leitender Arzt am Sanatorium.

Es handelt sich um einen 51jährigen Patienten in leitender industrieller Stellung. In der Familienanamnese verschiedene Neigungen zu Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Gallensteine).

Der Patient selbst war als Kind ganz gesund, machte mit 23 Jahren eine ganz leichte Pleuritis durch, gibt an, öfters an Anginen gelitten zu haben. 1918 eine Grippe. 1927 Thrombophlebitis beiderseits mit leichter Lungenembolie. Nach 2 Monaten vollkommene Abheilung. Therapie: Fischerverband (Elastischer Pflasterverband). 1930 im Mai Halsentzündung. Er mußte dann eine Reise nach auswärts unternehmen, erkrankte sodann an einer Pleuritis der rechten Seite mit heftigen Schmerzen, Temperaturerhöhung. Die Punktion ergab ein seröses Exsudat. Nach 10 Tagen ging die Pleuritis unter üblicher Behandlung zurück; es traten jedoch im Anschluß daran Schmerzen im linken Oberarm auf, besonders bei Bewegung, Schwellungen, dann auch im Unterarm. Ein angelegter Verband hatte keinen Er-

folg; es trat ein fieberhaftes Rezidiv auf. Der Patient kehrte dann nach Hause zurück und ließ sich dort wieder einen Fischerverband am Arm anlegen. Im Verband machte er regelmäßige Bewegungsübungen, so daß die Erscheinungen allmählich zurückgingen und der Verband abgenommen werden konnte. Zur Erholung kam er dann in das hiesige Sanatorium.

Hier beobachtete ich eine vorübergehende kleine, leicht schmerzhafte Schwellung am Hals links. Dauernd subfebrile Temperaturen. Im Urin nichts Besonderes. Von der Pleuritis der rechten Seite war außer einer vielleicht geringeren Exkursionsfähigkeit des Zwerchfells nichts Besonderes mehr zu bemerken. Einige Tage später erneut Schmerzen im linken Arm, erst Ober-, dann auch Unterarm, Schwellungen. Es wurde wieder ein Fischerverband angelegt. 3 Tage nach dieser Beobachtung klagte der Patient über vorübergehende Stiche in der rechten Seite ohne jeden klinischen Befund.

Wie ist dieses Auftreten der rezidivierenden Thrombophlebitis des Armes diagnostisch zu beurteilen, welche Folgerungen haben wir daraus zu ziehen?

Wir glauben, daß die mit 23 Jahren beobachtete Pleuritis für die Beurteilung des jetzigen Zustandes ohne großen Belang ist. Wichtig dagegen ist das häufige Auftreten von Anginen. Wichtig ist die im Jahre 1927 aufgetretene doppelseitige Thrombophlebitis der Beine mit Lungenembolie. Der Patient machte jetzt wieder eine Angina durch. Kurz darauf erkrankte er an Pleuritis und im zeitlichen Zusammenhang an einer Thrombophlebitis des linken Armes. Unter üblicher Therapie heilten beide Erkrankungen ab. Es ist nicht festzustellen, ob der Patient anschließend daran vollkommen fieberfrei war. Als er wieder in Beobachtung kam, klagte er nach kurzen Halsbeschwerden erneut über Venenentzündung im linken Arm, die schwer zu beeinflussen und dauernd von leichten Temperaturen begleitet war. Eine kleine Lungenembolie wurde beobachtet. (Der typische Befund des blutigen Sputums ist ja nicht unbedingt nötig.)

Wir sehen also in wechselnder Folge mit Rezidiven Angina, Thrombophlebitis des Armes, Pleuritis. Für die zu Beginn beobachtete Pleuritis gibt es drei Erklärungsmöglichkeiten. Es kann sich zunächst um eine reine Erkältungskrankheit handeln, zweitens könnte sie als Sekundärinfektion der primären Angina angesehen werden. Wir müssen drittens an eine unbemerkt verlaufende Thrombophlebitis denken und die Pleuritis als Folge einer Lungenembolie, die sich an der Peripherie der Lunge befand, betrachten. Venenentzündungen des Armes sind sehr selten. In einer Zusammenstellung Lubarschs von 584 Fällen von Thrombophlebitis fanden wir die Lokalisation im Arm nur einmal genannt. Als Ursache der Armthrombophlebitis nennt man im allgemeinen Verletzungen, Unfälle, Stauungen, Kreislaufschwäche. Hiervon trifft bei unserem Patienten nichts zu. Wir müssen vielmehr bei den lange Zeit beobachteten subfebrilen Temperaturen an eine chronische Infektion denken, die wahrscheinlich von der Mundhöhle ausgeht. In der Anamnese sehen wir auch die früher beobachtete Thrombophlebitis nach einer Angina auftreten. Seit Päßler kennen wir die Bedeutung von infektiösen Herden, meistens der Mundhöhle, für Sekundärerkrankungen. Bei dem letztjährigen Kongreß der inneren Medizin ist dieses Thema wieder ausführlich behandelt worden, so daß hier in diesem Zusammenhang nicht näher darauf einzugehen ist. Rosenow will sogar die Fähigkeit elektiver Lokalisation bestimmter Bakterienstämme beobachtet haben. Ihm ist sicher mit Recht widersprochen worden. Der Zusammenhang zwischen Tonsillitis und Venenentzündung des Armes ist so selten, daß, obwohl in unserem Falle von autoritativer fachärztlicher Seite Pfröpfe in den Tonsillen gefunden wurden, dieser Zusammenhang auch hier als unwahrscheinlich bezeichnet wurde. Ich glaube, daß es aber viel weniger in diesem Fall auf die Theorie ankommt als auf die klinische Beobachtung der Symptome und der Zusammenhänge, wie sie oben geschildert sind. Selbst von einem Primärherd aus, der zur Zeit keine klinischen Erscheinungen macht, kann eine sekundäre Erkrankung entstehen. Wir wissen aber wiederum, daß nicht jeder Infektionsherd der Mundhöhle eine Sekundärerkrankung hervorruft. Die Virulenz des jeweiligen Bakterienstammes, die Abwehrkräfte des erkrankten Organismus, ja vielleicht das rein mechanische Moment des Abschlusses des Primärherdes müssen hier zur Erklärung herangezogen werden; aber wenn man sich die Frage vorlegt, ob der beobachtete Herd mit der Fernerkrankung ursächlichen Zusammenhang hat, so kann uns nur genaue klinische Beobachtung weiterhelfen. Auch der zeitliche Zusammenhang, die Aufeinanderfolge spielen bei dieser Betrachtung keine wesentliche Rolle. Oft erkennen wir erst im Verlaufe der Beobachtung eine Erkrankung als Sekundärerscheinung, manchmal macht der Infektionsherd so wenig Erscheinungen, daß er erst zu finden ist, wenn wir an ihn denken. In unserem Falle mußte unbedingt bei den verschiedenen mit Rezidiven auftretenden Erkrankungen, bei den recht oft bestehenden subfebrilen Temperaturen an einen Primärherd als Ursache aller Erkrankungen gedacht und die Tonsillen, in zweiter Linie die Zähne, müssen genau daraufhin untersucht werden. Nur die Zusammenarbeit zwischen Internist und Hals- bzw. Zahnspezialisten kann hier zum Erfolge führen. Auch wenn einmal wie hier die Fernerkrankung kein typische Folge des Primärherdes ist, erscheint uns der Zusammenhang bei Betrachtung der Anamnese und des Verlaufs trotzdem für sehr wahrscheinlich. So hat auch der später hinzugezogene Halsarzt die Tonsillen (in diesem Falle konservativ) behandelt; seitdem ist der Patient nun schon seit

mehreren Monaten vollkommen in Ordnung. Auch an einem Zahn wurde röntgenologisch ein kleines Granulom festgestellt. Wir wissen heute, nachdem eine Zeit der radikalen Zahnextraktionen beim geringsten Verdacht verstrichen ist, daß bei aller Kritik häufig auch die Zähne Ursachen für Fernerkrankungen sind. In unserem Falle schienen uns jedoch gegenüber der besonders hervortretenden Tonsillenerkrankung die Zähne im Hintergrund zu stehen.

Wir lernen also, daß ein primärer Infektionsherd auch einmal eine Fernerkrankung mit seltener Lokalisation erzeugen kann, daß wir aber trotzdem an ihn denken müssen, um nicht durch Behandlung der Sekundärerkrankung lediglich palliative Therapie zu betreiben. Wir wissen allerdings, daß Sekundärerkrankungen häufig eine gewisse Selbständigkeit erlangen und trotz Entfernung des Primärherdes kürzer oder länger noch weiterbestehen können.

Dr. Hermann Weiß, Sanatorium Bühlerhöhe, Schwarzwald.

Aus der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten Marburg (Direktor: Prof. Dr. Uffenorde).

3. Nasenkorrektur mit Tricoplast.

Von

Prof. Dr. **H. Loebell,**

Oberarzt der Klinik.

Mit 2 Abbildungen im Text.

Wegen ihrer exponierten Lage ist die Nase häufig (z. B. neuerdings besonders bei Sport- und Motorradunfällen) Traumen ausgesetzt. Sie können den vorderen knorpeligen sowie den knöchernen Teil des Nasengerüstes treffen. Je nach dem Angriffspunkt der einwirkenden Kraft wird die Nase mehr von vorn ins Gesicht hinein oder von einer Seite nach der anderen zusammengedrückt. In jedem Fall spielt das erste ärztliche Eingreifen die entscheidende Rolle für den kosmetischen Erfolg. Es erübrigt sich wohl, darauf hinzuweisen, daß klaffende Wunden mit etwa herausragenden Knochensplittern wie komplizierte Frakturen sonst am Organismus (Gefäßunterbindung, Splitterentfernung, Naht) zu versorgen sind. Vielfach wird leider die primäre Aufrichtung des Nasengerüstes unterlassen, wodurch Nasenarzt und Fachklinik später zu sekundären größeren Maßnahmen (submuköse Septumresektion und plastische Operation meist mit Elfenbein) gezwungen sind. Die Aufrichtung ist nicht nur kosmetisch von Bedeutung, sondern ermöglicht allein, die Nasengänge für die Atmung wieder genügend freizumachen. Letzteres ist von großer Wichtigkeit und soll deshalb hier noch besonders hervorgehoben werden. Durch ein hoch in den Nasenvorhof bis vor den Ansatz der mittleren Muschel eingeführtes Elevatorium, besser noch durch das von Killian angegebene Nasenspekulum mit langen Branchen läßt sich bei genügender Kenntnis der anatomischen Verhältnisse das Nasengerüst im Chloräthylrausch meist unschwer in die frühere Lage bringen. Bei Luxationen springen Knochen und Knorpel ruckartig und oft geräuschvoll knackend an ihre ehemalige Stelle zurück. Ist die Nase vollständig zertrümmert oder von vorn eingedrückt, so wird die Wahl der Seite, in die das Instrument eingeführt werden soll, keine Rolle

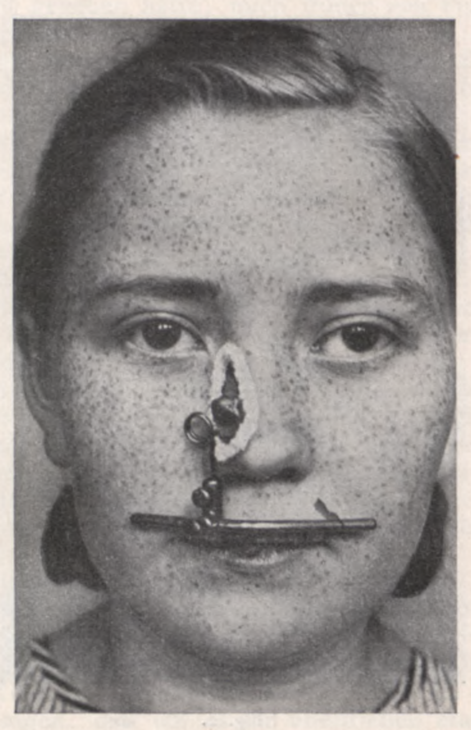


Fig. 1.

spielen. Anders jedoch bei gleichzeitiger oder allein vorliegender seitlicher Verschiebung des Nasengerüstes. In solchen Fällen ist das Spekulum meist in die dem Angriffspunkt der einwirkenden Kraft entgegengesetzte Seite hoch hinauf zu schieben, weil man zugleich mit der Aufrichtung, d. h. dem Heben der eingesunkenen Nase auch deren seitliche Verbiegung auszugleichen bestrebt sein muß.

Wenn dies auch vielfach gleich gelingt, so bleiben doch genügend schwere Nasengerüstfrakturen übrig, die die Anbringung eines seitlichen Drucks für längere Zeit ratsam erscheinen lassen. Joseph hat für diesen Zweck Pelotten angegeben, die an einem Stirnband befestigt sind und dem Nasenarzt z. B. nach operativer Korrektur rein auf den vorderen knorpeligen Teil beschränkter Nasenverbiegungen wertvoll sind. Ihr Hauptnachteil besteht darin, daß sie sich nicht fest genug fixieren lassen. Zur Vermeidung von Kopfschmerzen infolge des Drucks oder gar von Drucknekrosen, wie ich sie einmal beobachtet habe, muß das Stirnband gut unterpolstert werden.

Damit wird aber die Festigkeit geringer und der gewünschte Druck erheblich kleiner. Ich ging daher dazu über, zur Befestigung der Pelotte die Oberkieferzähne heranzuziehen. Herr Dr. Kunzendorf, Hilfslehrer am Marburger Zahnärztlichen Institut, hatte die Freundlichkeit, einen Apparat (s. Fig. 1)[1]) zu bauen, der sich bei Kranken mit sauberem Gebiß, also ohne Gingivitis u. a. m., als recht praktisch erweist Er ist herausnehmbar, kann also z. B. nur nachts getragen werden, so



Fig. 2.

daß die Durchführung der Nasenkorrektur ohne Berufsstörung möglich ist. Immerhin ist der Apparat ein kompliziertes Instrument, dessen Anbringung von Arzt und Kranken gelernt sein will.

Ein ganz wesentlich einfachereres und billigeres Verfahren habe ich bei den letzten Fällen von Nasengerüstverbiegung erprobt, es ist dies die Verwendung des neuerlich von der Firma Beiersdorf (Hamburg) in den Handel gebrachten dehnbaren Tricoplastpflasters. Die 2. Figur stellt einen einschlägigen Fall dar, dessen Nase sich auch mit einem Tricoplaststreifen in die richtige Stellung ziehen ließ. Wichtig ist eine genügend starke Unterpolsterung des Streifens, wie sie sich durch Einführung einer Watterolle am besten erreichen läßt und ein genügend langer Streifen, um den erforderlichen Zug zu sichern. Natürlich muß man auch hier wie beim Gebrauch von Pelotten zunächst erheblich überkorrigieren, weil das Nasengerüst stets — zumal wenn die Entstellung lange bestanden hat — die Neigung dazu haben wird, in die schiefe Stellung zurückzugehen. Da das Einfache bei Gleichwertigkeit mit dem Komplizierten das Bessere ist, so kann die Benutzung des Tricoplastes, eines überall bequem mitzuführenden und leicht auch im Bauernhause anzuwendenden Mittels, dem Praktiker empfohlen werden.

Prof. Loebell, Marburg a. L. Deutschhausstr. 3.

[1]) Erstmalig veröffentlicht in meinem Buch: Die Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde für Zahnmediziner. C. Kabitzsch, Leipzig 1930.

---

4. Schmerzlinderung bei der Geburt.

Von einer anderen Seite gesehen.

Der Vorschlag der Schriftleitung, die Frauen selbst über dieses Thema zu befragen, war sicher sehr gut gemeint, aber ich glaube nicht, daß er zu einem Resultat führen kann.

Wenn einem immer wieder nach ganz normalen Entbindungen unnervöse und für andere Schmerzen jedenfalls durchaus nicht besonders empfindliche Frauen sagen, daß der Entbindungsschmerz unerträglich sei, und andererseits sensible Frauen in vollem Ernst versichern, daß Zahnziehen entschieden schlimmer sei, so beweist das doch, daß sich auch bei sogenannten normalen Entbindungen einfach keine Normen über die Stärke des Geburtsschmerzes aufstellen lassen. Und wenn Herr Dr. Neumann wissen könnte, was es für eine Frau bedeutet, zum ersten Male das eigene Kind zu sehen, dann würde er auch wissen, daß es wirklich gar nichts beweist, wenn eine Frau in diesem Augenblick, in dem doch jeder Schmerz schlagartig aufgehört hat, versichert, es sei gar nicht so schlimm gewesen. Und wenn erst einige Zeit vergangen ist — ja, wer hat denn überhaupt dann noch eine wirklich konkrete Vorstellung von einem Schmerz?

Nun wäre ja schließlich das Ganze gar nicht so wichtig, wenn es sich nur um einen vorübergehenden Schmerz handeln würde, aber ich möchte einmal eine andere Frage aufwerfen.

Herr Dr. Neumann möge doch nicht vergessen, daß wir Menschenmütter es nicht so gut haben wie die Tiere, für die mit der Geburt des jungen Tieres alles erledigt ist; daß es für die meisten Frauen nach der Entbindung keine Erholung gibt, sondern daß die Entbindung der Auftakt ist zu einer solchen unaufhörlichen Arbeits- und Nervenanspannung, von der sich wohl wirklich wenig Männer eine Vorstellung machen können.

Ist es nie jemand aufgefallen, wie unfreundlich und ungeduldig z. B. auf der Straße Frauen ihre Kinder anschreien und wieviel mehr Geduld der Vater gewöhnlich mit ihnen hat? Ist es nie jemand aufgefallen, wieviel frohe „kinderliebe" junge Mädchen es gibt und wieviel verdrießliche, nervöse Mütter? Ist das wirklich nur die vermehrte Arbeit? Will man uns nicht endlich einmal glauben, daß auch wir heutigen Frauen noch den „Willen zum Kind" haben und gern Arbeit und Verantwortung auf uns nehmen wollen für das Glück eigene Kinder zu haben? Aber eins gehört allerdings dazu, und das ist Gesundheit und Nervenkraft. Arbeit ist Freude, wenn man sich wohl fühlt und Qual, wenn man elend

und nervös ist. Ich hatte als Säuglingsschwester in einem Krankenhaus 14 keuchhustenkranke Säuglinge zu versorgen und hatte mehr Geduld dabei als mit meinem eigenen Kinde. Darf ich einmal alle Ärzte auf Ehre und Gewissen fragen, ob ihre Frauen wirklich noch die gleichen sind an Leistungskraft und Nerven wie vor der Entbindung? Jeder Mensch kann ein paar Stunden lang starke Schmerzen ertragen, aber es kommt ein Augenblick, wo die Erschöpfung so groß wird, daß nicht einfach alles gut ist im Augenblick, wo der Schmerz vorüber ist, auch wenn es „nur ein physiologischer Vorgang" war. Darüber kann zunächst manches hinwegtäuschen, früher oder später werden es sehr viele Frauen spüren. Ist es da wirklich zuviel verlangt, wenn wir bitten: „Laßt uns nicht gedankenlos unnötig leiden in einer Zeit, die wahrhaftig gesunde, lebensfrohe Menschen bitter nötig braucht!" Es mag Frauen geben, die sich wirklich sehr rasch nach der Entbindung völlig erholen, namentlich auf dem Lande, von wo ja die meisten Zuschriften „contra" auf diesen Artikel kamen und wo ganz andere Erholungsmöglichkeiten sind, aber im Namen all der anderen möchte ich Herrn Geh.-Rat Sellheim danken dafür, daß er wenigstens versuchen will, uns zu helfen. Eine Großstadt-Arztfrau.

5. Schmerzlinderung unter der Geburt.

Von

Frau S. in Hannover.

Wenn auch ich zu obigem Thema Stellung nehme, so geschieht es etwas gegen meinen Willen und nur auf Drängen meines Mannes hin. Denn in meinem Innersten widerstrebt es mir eigentlich, mich coram publico zu einer Angelegenheit zu äußern, die wohl die höchsten Höhen und tiefsten Tiefen im Frauenleben in sich schließt; lediglich aus diesem Grunde scheue ich auch meine volle Namensunterschrift in der Öffentlichkeit.

Ich habe 2 Geburten durchgemacht, und zwar beide unter so unterschiedlichen äußeren Umständen, daß es mir schwer fällt, sie hinsichtlich der Schmerzempfindung und der Schmerzstillung in ein gleiches Schema zu bringen. Die erste Geburt, die nach dem Urteil meines Mannes und des zugezogenen Gynäkologen noch nicht einmal besonders schwer war, brachte mir derartig qualvolle Schmerzen, daß nach 10stündigem Ausharren die Zange angelegt werden mußte. Aber auch nach dem Erwachen aus der Narkose stand ich noch so völlig unter der Nachwirkung des Durchlebten, daß ich wie gelähmt war und nur den einen Gedanken hatte: nie wieder! Dieses Gefühl konnte ich auch längere Zeit hernach nicht vergessen und ich wäre glücklich und dankbar gewesen, wenn es eine Möglichkeit gegeben hätte, mich früher von meinen Schmerzen zu befreien. Hierbei möchte ich Frau Oden gegenüber ausdrücklich betonen, daß der seelische Connex mit meinem Manne als Geburtshelfer durchaus bestanden hat.

Ganz anders beim zweitenmal. Äußerlich die denkbar ungünstigsten Umstände: der harte Kriegswinter 1917, mein Mann im Felde. Fast die ganze Entbindung bis knapp 2 Stunden vor ihrem Ende war ich allein; nicht einmal eine Hebamme war zur Stelle. Und trotzdem bedeutete diese Entbindung für mich ein solches Erlebnis, daß ich es nicht missen möchte. Als ich mein Kind in den Armen hielt, war bereits alles vergessen. Ich muß also doch sagen, daß in diesem Fall die Schmerzen zu ertragen waren. Es darf bei der Beurteilung der Frage auch der wichtige Faktor nicht vergessen werden, daß wenn man das deutliche Gefühl hat, daß die Geburt vorwärts geht und ein Ende der Qualen abzusehen ist, die Schmerzen wohl auszuhalten sind.

Wie hieraus ersichtlich, läßt sich schwer eine für alle Fälle passende Norm aufstellen; es kommt zu sehr auf persönliche Veranlagung wie auch wohl auf das anatomische Verhältnis zwischen Mutter und Kind an. Zusammenfassend muß ich aber doch sagen, daß ich es für übertrieben erachte, prinzipiell jeder angehenden Mutter den Geburtsschmerz zu nehmen; man soll nicht vergessen, daß man mit dem Schmerz wesentliche seelische Werte mit wegnimmt.

Sorgen und Leiden und Kämpfe und Freuden
flicht jedem Dasein das Leben hinein.
Das Höchste genießen, das Schwerste erleiden
heißt es, Gattin und Mutter zu sein.

Diagnostisches Seminar.

Aus der Lungenheilstätte Grabowsee der LVA. Brandenburg.
(Direktor: Generaloberarzt a. D. Dr. Schultes.)

Häufige Fehldiagnosen bei Lungenkrankheiten.

Von

Dr. **Gerhard Simsch,**

Facharzt für Lungen- und Innere Krankheiten,
Heilstätte Grabowsee.

Die ärztliche Diagnose erstreckt sich auf Feststellung der Krankheitsätiologie und Ermittelung des ausschließlich oder vorwiegend erkrankten Organes.

Für die Lungenkrankheiten ist die Frage der Ätiologie von besonderer Bedeutung, weil hier nicht nur die therapeutischen Maßnahmen und die Prognosenstellung davon abhängig sind, sondern auch tiefgreifende sozialhygienische Maßnahmen notwendig werden, wenn es sich um eine tuberkulöse Ätiologie handelt.

Unseren Erörterungen legen wir folgende Einteilung zugrunde:

Tuberkulöse Erkrankungen, die ihrer Ätiologie nach häufig verkannt werden.

Lungenerkrankungen, deren Ätiologie fälschlich für tuberkulös gehalten wird.

Krankheiten, die Erscheinungen an den Lungen machen, bei denen es sich aber nicht um primäre Erkrankung der Lungen handelt, vielmehr die Ermittelung des eigentlich erkrankten Organes auf Schwierigkeiten stoßen kann.

Anhangsweise finden die wichtigsten diagnostischen Hilfsmittel eine kurze Würdigung.

Da im ersten Teil weitgehend auf tuberkulöse Lungenerkrankungen eingegangen werden muß, erscheint es am Platze, kurz von der Pathogenese der Lungentuberkulose zu sprechen, zumal „die neue Lehre", wie sie von Aßmann und Redeker in erster Linie verfochten wird, noch nicht allgemein Eingang finden konnte.

Nach früheren Anschauungen entstand der „Gohnsche" Primärherd vorwiegend in den unteren Lungenabschnitten als kleiner, im späteren Alter nur verkalkt aufzufindender Herd mit zugehöriger, später gleichfalls verkalkter Lymphdrüse im Lungenhilus. Der von Puhl beschriebene Reinfekt hat seinen Sitz vornehmlich im Ober-, fast immer im Spitzenfeld, ist größer als der Primärinfekt, nicht so scharf begrenzt, auch in älterem Zustand selten verkalkt, und tritt meist ohne gleichartige Veränderung an den regionären Lymphdrüsen auf. Er bildet den Ausgangspunkt des Rankeschen Tertiärstadiums der Erwachsenenphthise, falls er nicht zur Ausheilung gelangt, tritt zunächst als „Lungenspitzenkatarrh" in Erscheinung und bildet bei weiterem Fortbestehen den Auftakt der mehr oder weniger schnell apikokaudalwärts fortschreitenden Lungentuberkulose.

Die Arbeiten von Aßmann und Redeker, die beide das Verdienst haben, als erste an einem serienmäßig (vor allem in großen Röntgenserien) untersuchten Krankenmaterial den Ablauf der Lungentuberkulose studiert zu haben, die auch als erste an Hand ihres Materials die „neue Lehre" aufbrachten, betrachten als Ausgangspunkt der Lungentuberkulose das sogenannte Frühinfiltrat. Es tritt praktisch nie in der Lungenspitze, am häufigsten infraklavikulär, seltener neben dem Hilus oder im Bereich des Unterfeldes auf als Ausdruck eines besonderen allergischen Zustandes, charakterisiert durch einen kleinen zentral gelegenen, spezifischen meist exogenen Reinfekt mit einer breiten „perifokalen Entzündung". Das so charakterisierte Frühinfiltrat kann dreierlei Ausgang nehmen: 1. es kann sich vollständig zurückbilden, so daß weder klinisch, noch röntgenologisch, noch selbst autoptisch später ein Rest davon nachweisbar ist, 2. kann es zu einer bronchogenen Aussaat, die häufig in Schüben auftritt, kommen, 3. kann das Frühinfiltrat zerfallen, zur Frühkaverne werden, von der aus bei weiterem Fortschreiten die Tochtermetastasenbildung auf bronchogenem Wege die Regel ist. Andererseits aber ist selbst eine kleine Frühkaverne noch so weit rückbildungsfähig, daß röntgenologisch und autoptisch eine Höhlenbildung später nicht mehr zu erkennen, statt dessen häufig nur noch eine narbige Veränderung im Lungengewebe oder selbst die nicht einmal mehr zu sehen ist. An Hand zahlreicher Röntgenserienaufnahmen derselben Fälle über längere Zeit hin hat sich nun gezeigt, daß bei bestehender Ausheilungstendenz der Frühinfiltrate oder Frühkavernen diese durch den Narbenzug immer weiter apikalwärts bis schließlich in das Spitzenfeld hinein aufzurücken in der Lage sind, wenn sie früher infraklavikulär saßen. Die Verfechter der Lehre vom Frühinfiltrat sehen nun sämtliche früher beobachteten „Spitzentuberkulosen" als den Folgezustand eines Frühinfiltrates an. Selbstverständlich kann dann bei einem neuen Schube aus dieser Spitzentuberkulose eine apikokaudalwärts fortschreitende Erkrankung werden, die wir also dem Bilde des Rankeschen Tertiärstadiums gleichzusetzen hätten.

Daß sich die „neue Lehre" erst so spät allgemeine Geltung verschaffen konnte, liegt daran, daß nur durch die häufige Anwendung des Röntgenverfahrens dieses Krankheitsgeschehen als die Regel erkannt werden konnte. Beobachtet sind schon längst früher vereinzelte Fälle von Frühinfiltraten, die dann aber als Ausnahmefälle angesprochen wurden (z. B. die „atypischen Formen" Wieses). Der pathologisch-anatomischen Bestätigung mußte sich naturgemäß die Lehre vom Frühinfiltrat als etwas Gesetzmäßiges immer entziehen, weil das isolierte Frühinfiltrat und die isolierte Frühkaverne praktisch nicht auf dem Sektionstisch zur Anschauung gelangen können und eine weit ausgebreitete oder weitgehend zurückgebildete Tuberkulose das ursprüngliche Bild und den ursprünglichen Sitz der Erkrankung nicht mehr erkennen lassen.

Verkannte initiale Lungentuberkulose.

Allgemeine Krankheitserscheinungen, wie leichte Ermüdbarkeit, ständiges Schwächegefühl, Appetitlosigkeit, nervöse Klagen, bei Frauen häufig Menstruationsbeschwerden aller Art führen manchen Kranken zum Arzt, der auf Grund dieser Angaben nur an psychische Labilität des Kranken, an Überarbeitung, an Aufregungen als auslösendes Moment denkt. Schon eine genauere Anamnese mit der Angabe öfteren Hüstelns, von besonders gegen Morgen auftretenden Nachtschweißen, manchmal sogar noch von dem Vorkommen offensichtlich tuberkulöser Erkrankungen in der Umgebung des Patienten (Familie, Arbeitsstätte) leiten unter Umständen auf die richtige Bahn.

Klagen über hartnäckigen, anstoßenden Husten und eventuell geringfügigen Auswurf sollten sowohl, wenn ein Rachenkatarrh sich findet, als erst recht wenn die klinischen Anzeichen dafür fehlen, an Lungentuberkulose denken lassen.

Häufig wird die klinische Untersuchung im Stich lassen. Es muß dann eine genaue Temperaturkontrolle (Rektal- oder Mundmessung nach mindestens $^1/_4$ stündiger Ruhe möglichst 2 stündlich

vorgenommen) angewendet werden. Zeigen sich dabei subfebrile oder gar fieberhafte Temperaturen, so verstärkt sich der Verdacht auf Tuberkulose. Auch die genaue Gewichtskontrolle unter Ausschluß von Fehlerquellen (Kleidung, Berücksichtigung von Darm- und Blasenentleerung und Nahrungsaufnahme) ist heranzuziehen. Schließlich empfiehlt sich die Vornahme der Blutsenkungsreaktion, wobei mittels einer 2-ccm-Spritze aus einer möglichst wenig gestauten Armvene zu 0,4 ccm einer 3,8 proz. Natriumzitratlösung ad 2 ccm Blut aufgezogen, ausgespritzt und nach gründlichem Mischen in eine graduierte Blutsenkungspipette aufgezogen werden. Im allgemeinen wird die Feststellung, um wieviel Teilstriche der Pipette nach 1 Stunde die roten Blutkörperchen abgesunken sind, genügen. Der äußerste Grenzwert des Normalen bei dieser Westergreenschen Methode der Bestimmung der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen liegt bei 8—10 mm.

Besteht auf Grund der anamnestischen Angaben sowie dieser diagnostischen Hilfsmethoden auch nur der entfernteste Verdacht einer beginnenden Lungentuberkulose, so ist in allen Fällen eine Röntgendurchleuchtung, bei allen weiter bestehenden Zweifelsfällen eine Röntgenaufnahme unentbehrlich. Mancher Kranke, bei dem selbst der geübte Untersucher klinisch noch nichts findet, wird röntgenologisch ein Frühinfiltrat in der Lunge erkennen lassen. Wenn wir mindestens in jedem Zweifelsfalle die Vornahme einer Röntgenuntersuchung von fachkundiger Seite fordern, so tragen wir damit nur den vielfältigen Beobachtungsergebnissen Rechnung, die die Schwierigkeit anderweitigen Erkennens eines Frühinfiltrates gelehrt haben.

Häufiger auftretende Grippe = Schübe eines Frühinfiltrates oder einer Frühkaverne.

Bei so manchem unserer Kranken, der bei jeder Gelegenheit seine fieberhafte Grippe mit toxischen Allgemeinerscheinungen, Husten, vielleicht gar Auswurf bekam, fanden wir ein typisches Frühinfiltrat oder eine Frühkaverne bei der Röntgenuntersuchung als Ausgangspunkt jeweiliger sekundärer Aussaat in die Lunge, so daß bei jedem zu Grippe neigenden Kranken an das Vorliegen einer Lungentuberkulose gedacht werden muß. Auch bei diesen Kranken sind die klinischen Erscheinungen meist noch gering. Eine Schallverkürzung ganz geringen Grades kann im Interskapularraum der betroffenen Seite nachweisbar, das Atemgeräusch kann abgeschwächt sein aber auch leicht bronchialen Anklang während der Ein- sowie eine verlängerte Ausatmung zeigen. Stets soll man den Kranken am Schluß des Exspiriums leise anhusten lassen, wodurch häufig noch sonst nicht gehörte, feine oft zäh giemende Geräusche oder feines Rasseln, vielleicht hier und da schon von klingendem Charakter, zu Gehör kommen. Auch bei diesen Kranken kann oft nur die Röntgenuntersuchung eine endgültige Klärung herbeiführen.

Auswurf und Hilfsmittel zur Auswurfgewinnung.

Viele Laien, besonders aber Raucher und Personen mit Verengung der Nase oder Adenoiden im Nasen-Rachenraum messen dem Vorhandensein morgendlichen Auswurfes keinerlei Bedeutung bei. Erscheinen diese mit Beschwerden allgemeiner Art oder mit Grippeanamnese in unserer Sprechstunde, so werden wir nicht nur die vorher genannten diagnostischen Methoden an ihnen erproben müssen, sondern immer und immer wieder ihren Auswurf auf Tuberkelbazillen zu untersuchen haben. Gerade beim Frühinfiltrat finden wir im allerersten Anfang in dem nur ganz spärlichen Auswurf (häufig nur eine einzige Schleimflocke morgens) so massenhaft Tuberkelbazillen in Reinkultur wie sonst kaum in einem Stadium der Tuberkulose. Wichtig ist aber die Auswurfuntersuchung auch in allen anderen Fällen. Deshalb muß auf die Methodik der Auswurfgewinnung hier kurz eingegangen werden. Die Technik der Auswurfuntersuchung braucht nicht vom Praktiker geübt zu werden, da die amtlichen Untersuchungsstellen hierfür zuständig sind. (Hier wird mit der nötigen Zuverlässigkeit sowohl im direkten Präparat als auch nach Anwendung der verschiedenartigen Anreicherungsverfahren, im Zweifelsfall mit Kulturverfahren und Tierexperiment untersucht werden.) Verständige Patienten werden in der Lage sein, auch wenig Auswurf zur Untersuchung abzuliefern. Unter Umständen führt es zum Ziel, wenn wir den Patienten möglichst morgens gegen die eine Hälfte einer sterilisierten, offen vor den Mund gehaltenen Petrischale husten lassen und die ganz geringen Schleimpartikelchen, die sich darin finden, auf Tuberkelbazillen untersuchen. Ist bei bestem Willen kein Auswurf zu erlangen, so wird entweder keiner produziert oder er wird verschluckt. Im ersten Fall kann der Versuch gemacht werden durch Brustwickel, Mixtura Solvens, Infus. Ipecacuanh., vielleicht auch vorsichtig durch kleine Jodkaligaben (Bedeutung von Jodkali umstritten, da in den in Frage kommenden Dosen nur sekretionsfördernd auf die oberen Luftwege) Auswurf zu erlangen. Hat es aber den Anschein, daß der Patient den Auswurf verschluckt, so kann man bei vernünftigen Kranken häufig mit dem Hinweis auf die Gefahr einer dadurch verursachten Darmtuberkulose zu Auswurfentleerung gelangen. Andernfalls, sowie bei Kindern und alten Leuten, die ihren Schleim nicht herausbefördern, führt gelegentlich die Untersuchung des morgens vor dem Mundspülen und nüchtern abgestrichenen Rachenschleims, die Untersuchung des morgens nüchtern ausgeheberten Mageninhaltes nach erfolgter Anreicherung oder des ebenfalls angereicherten Stuhles des Kranken noch zu Tuberkulosebazillenbefund. Anhangsweise darf hier wohl bemerkt werden,

daß wir uns dem Vorschlage Bräunings anschließen und alle Formen von Frühinfiltraten sowie alle augenscheinlich auf tuberkulöser Basis beruhenden Katarrhe der Lungen, auch alle zweifelhaft bleibenden, ferner alle kavernösen Lungenerkrankungen, selbst wenn bei wiederholter Untersuchung der Bazillennachweis nicht gelang, als „fakultativ offene" Lungentuberkulosen anzusprechen und in sozialhygienischer Hinsicht den offenen Lungentuberkulosen mit erfolgtem Bazillennachweis gleichzustellen haben.

Bedeutung der initialen Hämoptoe.

Häufig führt eine Hämoptoe leichtesten bis schweren Grades, Beimengung feinster Blutfäserchen im abgehusteten Schleim, Auftreten rein blutiger Sputa bis zum Aushusten größerer Mengen meist hellroten, schaumigen Blutes (letzteres häufig unter Trachealrasseln) den Kranken zum Arzt. Selbst bei den leichten Formen einer Hämoptyse ist die Anwendung der klinischen Untersuchung, sämtlicher schon angeführter diagnostischer Hilfsmaßnahmen und wieder die Röntgenuntersuchung dringend erforderlich. Bei vielen Fällen wird eine einmalige, kurze Röntgenaufnahme den Kranken weniger anstrengen als wiederholte Untersuchungen und den Fall sofort klären. — Wir möchten es geradezu als Kunstfehler ansehen, wenn man sich und den Patienten mit der Annahme eines geplatzten Varixknotens im Nasen-Rachenraum oder sonst nicht weiter beachtetem Nasenbluten beruhigt. Verkehrt wäre es auch, ohne weiteres einen Schluß auf Magenbluten zu ziehen und auf diese vage Annahme hin den Patienten gar noch auf eine ihn schwächende Schondiät zu setzen. Bei fehlenden Magenbeschwerden kann wohl Blutbrechen auftreten, das Erbrochene wird meist dunkel und nicht schaumig aussehen, mitunter werden sich Speisereste nachweisen lassen, entscheidend für Magenblutung ist es selbstverständlich, wenn der Nachweis freier Salzsäure mittels Kongopapiers gelingt. In der Anamnese kann sich die Angabe von Teerstühlen finden und schließlich wird die Untersuchung des Stuhls auf okkulte Blutungen ein positives Ergebnis zeigen, was freilich kürzere Zeit hindurch auch der Fall sein kann, wenn der Patient bei stärkerem Lungenbluten Blut verschluckt hat.

(Fortsetzung folgt.)

Anfragen aus dem Leserkreis.

Welche Vitamine unterscheidet man?

Von
Prof. Dr. **Scheunert** in Leipzig.

Die Vitamine werden mit den Buchstaben des Alphabets bezeichnet und man unterscheidet gegenwärtig die Vitamine A, B, C, D und E. Von diesen sind die Vitamine A, D und E fettlöslich, die Vitamine B und C wasserlöslich.

Das Vitamin A wirkt antixerophthalmisch und ist lebensnotwendig. Bei Vitamin-A-Mangel ist Wachstum nicht möglich und die Widerstandsfähigkeit gegen Infektionskrankheiten ist stark herabgesetzt. Die Bildung von Blasenkonkrementen ist häufig im Tierversuch beobachtet worden. Das Vitamin A ist ziemlich hitzebeständig, erst hohe Temperaturen über 200° wirken zerstörend. Hingegen ist es oxydationsempfindlich, insbesondere bei höheren Temperaturen. Es steht in Beziehungen zu dem gelben Pflanzenfarbstoff Karotin (v. Euler, Karrer u. a.), einem ungesättigten Kohlenwasserstoff von der Formel $C_{40}H_{56}$, welcher durch zahlreiche konjugierte Doppelbindungen ausgezeichnet ist. Gereinigtes Karotin äußert in Mengen von 0,003—0,005 mg bei vitamin-A-verarmten Ratten deutliche Vitamin-A-Wirkung. Es besteht aus einem Gemisch zweier Isomeren α- und β-Karotin, die beide Vitamin A-Wirkung besitzen (Kuhn). Karotin ist nicht identisch mit Vitamin A, sondern wird im Tierkörper und zwar in der Leber in Vitamin A, welches nicht oder nur wenig gefärbt ist, umgewandelt (Moore).

Vitamin D, das antirachitische Vitamin, begünstigt Kalziumassimilation, Ossifikation und Knochenwachstum. Es heilt und schützt vor Rachitis. Es ist ein bei der Ultraviolettbestrahlung von Ergosterin entstehendes Bestrahlungsprodukt und ist soeben in reiner kristallisierter Form dargestellt worden (Windaus, Linsert). Fast gleichzeitig wurde es von englischen Autoren dargestellt, die es Calciferol nennen (Askew, Bruce, Callow, Philpot und Webster). Bei einer etwa 2000fachen Überdosierung wirkt das Vitamin D toxisch.

Vitamin E ist zur Fortpflanzung nötig und sehr widerstandsfähig, sowohl gegen Erhitzung wie Oxydation und chemische Eingriffe. In seiner Wirksamkeit bestehen vermutlich Beziehungen zur Produktion der Sexualhormone.

Von den wasserlöslichen Vitaminen ist das Vitamin B keine einheitliche Substanz, sondern umfaßt mehrere Vitamine, die als B_1, B_2 usf. bezeichnet werden.

Das Vitamin B_1 ist das altbekannte antineuritische oder Antiberiberivitamin. Von Jansen und Donath wurden aus Reiskleie Salze einer Substanz von der Formel $C_6H_{10}ON_2$ dargestellt, in der vermutlich das reine Vitamin vorliegt. Sie bewirken in Mengen von 2—4 γ Heilung der experimentellen Vogelberiberi. Auch dieses Vitamin ist ziemlich widerstandsfähig gegen Erhitzen.

Das Vitamin B_2 wird vielfach auch als Wachstumsvitamin bezeichnet und ist auch identisch mit dem Antipellagravitamin Goldbergers. Es

Vorkommen der Vitamine [1]).

Fettlösliche.			Wasserlösliche.	
A	D	E	B	C
Enthalten in: grünen Pflanzenteilen und Gemüsen, Erbsen, Spinat, Kohl, Möhren, Tomaten, farbigem Obst, Erdbeeren, Kirschen auch gekocht und als Konserven. Auch in Milch, Butter, Hammel- und Rindsfett, Lebertran, Eigelb, Leber, Herz, Blut, Hering, Bückling.	Enthalten in: Lebertran, Eigelb, Hering, Bückling. In pflanzlichen Produkten meist nicht, nur gelegentlich in Spuren. Eine Ausnahme machen Pilze, die es enthalten.	Weitverbreitet, fast überall. Reich in Pflanzenkeimen u. Keimlingsöl.	Weitverbreitet, in Gemüse aller Art, Kartoffeln, Früchten auch gekocht und konserviert, Fleisch; reich in Hefe, Kleie, Grünkohl; nicht in Fetten, Ölen, weißem Mehl, poliertem Reis.	Enthalten in allen rohen Gemüsen, Früchten, Kartoffeln, in gekochten mit Ausnahme der Kartoffeln stark herabgesetzt. Besser erhalten in Konserven. Reich: Zitronen-, Apfelsinensaft, Erdbeeren auch Konserven, Tomaten und Tomatenkonserven.

[1]) Näheres in: Scheunert, Der Vitamingehalt der deutschen Nahrungsmittel. Julius Springer, 1930 und 1931.

ist, ebenso wie Vitamin B_1, lebensnotwendig. Isolierungsversuche waren bisher vergeblich.

Andere Vitamine der B-Gruppe, B_3, B_4, sind beschrieben worden, doch noch nicht mit Sicherheit näher definierbar. In ihren Wirkungsbereich fallen vermutlich die von Hefe und Hefeextrakten nachgewiesenen atmungs- oder oxydationssteigernden und wachstumsfördernden Wirkungen.

Vitamin C ist das antiskorbutische Vitamin und zeichnet sich durch besonders große Oxydationsempfindlichkeit aus. Anreicherung und Konzentration, die zu höheren Präparaten führen, sind insbesondere von Zilva ausgeführt worden, ohne bisher zur vollen Aufklärung der Art des vorliegenden Körpers zu führen.

Prof. Dr. Scheunert, Leipzig, Tirolerstraße 2.

Redigiert von Dr. E. Hayward in Berlin.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Fortschritte auf den einzelnen Sondergebieten.

Es finden abwechselnd sämtliche Sonderfächer Berücksichtigung.

1. Kinderheilkunde.

Über das Vorkommen von Nikotin in der Frauenmilch nach Zigarettengenuß.

Von der stillenden Mutter wird vielfach die Frage an den Arzt gerichtet, ob ihr der Genuß von Kaffee, Alkohol, Zigarettenrauchen während der Dauer der Stilltätigkeit erlaubt sei. Im allgemeinen wird die Frage dahin beantwortet, daß eine Aufnahme dieser Genußmittel in mäßigen Grenzen nicht schadet. Denn man hat bei sorgfältiger klinischer Beobachtung keine Schädigungen gesehen, und quantitative Analysen haben ergeben, daß die in den Genußmitteln enthaltenen Stoffe nur in ganz geringen Mengen in die Milch übergehen, so vom Koffein etwa 1 Proz. der Gesamteinnahmen. Ungeklärt lagen die Verhältnisse bislang beim Nikotin. Emanuel hat jetzt geprüft, ob nach Genuß von Zigaretten nachweisbare Mengen von Nikotin in die Milch übertreten und ob diese Milch irgendeine besondere Wirkung auf den Säugling ausübt (Z. Kinderheilk. Bd. 52 S. 41—46). Die Ergebnisse waren folgende: Nach Genuß von 7 und mehr Zigaretten ließ sich bei 8 von 10 Ammen der Übertritt von Nikotin in die Milch nachweisen. Die Hauptmenge wurde nach etwa 4—5 Stunden ausgeschieden. Der Genuß nikotinhaltiger Milch blieb auf den Säugling ohne Wirkung, nur bei 2 Kindern trat eine vorübergehende Verschlechterung der Stühle auf, die nicht mit Sicherheit auf eine Nikotinwirkung zurückgeführt werden konnte. Eine ungünstige Beeinflussung der Laktation durch das Rauchen wurde nicht festgestellt. Es kann also den stillenden Müttern das Rauchen von 5—6 Zigaretten pro Tag wohl gestattet werden, schrankenloses Rauchen ist aber zu verbieten, weil danach mit einer toxischen Wirkung auf das gestillte Kind gerechnet werden muß.

Sport in den Wachstumsjahren.

Weit häufiger als früher wird der Arzt heute um Rat gefragt, wenn es sich um das Problem der körperlichen Erziehung und namentlich der sportlichen Betätigung von Kindern und Jugendlichen handelt. Einige Richtlinien gibt neuerdings Herxheimer (Kinderärztliche Praxis 2. Jg. S. 465 bis 468). Bei der Lückenhaftigkeit der wissenschaftlichen Ergebnisse müssen wir uns vor allem auf praktische Erfahrungen stützen. Oberstes Gesetz ist, daß das Betreiben einer bestimmten Sportart bei den jugendlichen Freude hervorrufen muß. Erzwungene sportliche Betätigung ist in vielen Fällen schlechter als gar keine. Das Spiel bietet für die Jugend weit mehr Reize als Freiübungen,

Geräteturnen usw. Besonders beliebt sind natürlich die Kampfspiele. Sie bieten verschiedene Vorteile: einmal bewirken sie eine vielseitige Betätigung des Körpers, sodann kommt es bei ihnen meist weniger zu einer Überanstrengung des Körpers als bei anderen Sportarten, da sie den Spieler nie während der ganzen Zeit der Spieldauer voll beschäftigen. Zur Vermeidung der Überanstrengung ist es übrigens notwendig, daß Wettkämpfe im Spiel und in volkstümlichen Übungen nur unter Gleichaltrigen ausgetragen werden, da sonst die Kleineren zu übergroßen Willensanstrengungen verleitet werden. Endlich haben die Kampfspiele noch den Vorteil, daß sie am meisten geeignet sind, ein wirksames Äquivalent gegenüber der geistigen Beschäftigung zu bieten: der Jugendliche wird von der Spielhandlung für gewöhnlich sehr stark psychisch absorbiert — ja, nicht selten zu stark, daß die geistige Beschäftigung in den Hintergrund gedrängt wird. Für die verschiedenen Altersklassen und Geschlechter kommen folgende Arten sportlicher Betätigung in Frage: Knaben zwischen 12 und 14 Jahren sind für Kampfspiele im allgemeinen noch zu klein. Für sie eignen sich am ehesten die meisten Sommerspiele, wie Schlagball, Barlauf u. dgl. und leichtathletische Laufübungen über kurze Strecken. Mit dem 14.—15. Lebensjahr sollten die Knaben ein Kampfspiel erlernen (Hockey, Rugby, Fußball). Leichtathletik sollte ihnen als Ergänzungssport dienen, die Laufstrecke jedoch nicht über 200 m ausgedehnt werden. Auch andere Sportarten wie Boxen, Radfahren, Tennis können in diesem Alter herangezogen werden. Im 17. bis 18. Jahre tritt hierzu das Rudern, in dem Wettkämpfe jüngerer Jahrgänge besser unterblieben. Typische Dauerwettkampfleistungen, wie Langstreckenlauf, Skilanglauf, Langstreckenradfahren werden, soweit sie wettkampfmäßig betrieben werden, am besten erst jenseits des 20. Lebensjahres eingeführt. Für Mädchen kommen Kampfspiele mit Ausnahme von Hockey, kaum in Frage, bei ihnen sind neben leichtathletischen Wettbewerben, insbesondere im Laufen, Springen und Werfen, neben Geräteturnen und Schwimmen, die gymnastischen Übungen angezeigt. — Schädigungen der inneren Organe durch Sport sind nach H. bei Jugendlichen viel seltener als man früher angenommen hat. Gewisse Störungen, wie Herzbeschwerden, akzidentelle Herzgeräusche, zyklische Albuminurie werden vielfach zu Unrecht auf sportliche Überanstrengung bezogen.

Über Extrasystolen im Schulalter.

Das gleiche gilt von den im Schulalter nicht seltenen Extrasystolen. Leffkowitz hat neuerdings bei 26 Kindern mit Extrasystolen fortlaufende Untersuchungen vorgenommen, unter anderen Elektrokardiogramm, Röntgenaufnahmen des Herzens, Funktionsprüfungen (Klin. Wschr. 1931 S. 1577 bis 1578). Nur 4 von den 26 Kindern hatten einen organischen Herzfehler, die übrigen waren und blieben während der mehrjährigen Beobachtungsdauer frei von irgendwelchen Störungen der Kreislauffunktion, insbesondere waren Turnen und sonstige körperliche Anstrengungen ohne jeden nachteiligen Einfluß. L. zieht daraus den Schluß, daß Extrasystolen allein kein Grund zur Behandlung oder zur Schonung bei Jugendlichen sind.

Die späte Gelenkerkrankung im Ablauf der Scharlachkrankheit.

Zischinsky teilt die Gelenkerkrankungen bei Scharlach in drei große Gruppen ein: a) die gewöhnlichen, zwischen dem 5. und 12. Krankheitstage auftretenden Rheumatoide, b) die pyämischen Gelenkerkrankungen und c) die späten Gelenkerkrankungen. Mit der letztgenannten Gruppe beschäftigt er sich ausführlich in einer klinischen Studie (Jb. Kinderheilk. Bd. 132 S. 302—322). Die späten Gelenkerkrankungen treten etwa in $^1/_2$ Proz. der Scharlachfälle auf, und zwar in der 3. bis 6. Krankheitswoche. Der Verlauf ist ein sehr verschiedener. Er ist durch zwei Extreme gekennzeichnet: einmal ganz flüchtige, oft nur Stunden dauernde und oft fieberfrei verlaufende Prozesse, die in monoartikulären oder multiplen Gelenkschmerzen oder Schwellungen oder in beiden bestehen; auf der anderen Seite langdauernde, manchmal schubweise ablaufende, mit Fieber einhergehende, meist sehr schmerzhafte multiple Gelenkschwellungen. Dazwischen alle Übergänge. Die späten Gelenkerkrankungen sind durchaas gutartig und heilen vor allem ohne Beteiligung des Endo- und Perikard ab.

Zur Frage der Serumdosierung bei der Behandlung der malignen Rachendiphtherie.

Seit der Zunahme der malignen Diphtherie ist auch in Deutschland die Frage der Serumdosierung wieder aktuell geworden. Leisten die namentlich von amerikanischer und skandinavischer Seite empfohlenen ganz großen Serumdosen (100000 bis 300000 L. E. und darüber) bei maligner Rachendiphtherie mehr als die früher angewandten Mengen von 10—20000 L. E.? Lichtenstein versucht neuerdings, diese Frage an dem großen Diphtheriematerial des Stockholmer Epidemiekrankenhauses zu beantworten (Z. Kinderheilk. Bd. 51 S. 755—777). In dem genannten Krankenhaus wurden vom Jahre 1900—1929 etwa 35000 Diphtheriefälle behandelt, davon hatten 2572 eine maligne Diphtherie. Von den letzteren wurden der folgenden Statistik 1860 Fälle mit unkomplizierter maligner Rachendiphtherie, die am 1.—4. Tage serumbehandelt waren, zugrunde gelegt, also ein gut charakterisiertes einheitliches Material. Die Serumdosierung bei der Behandlung dieser Fälle war nun im Laufe der Jahre eine sehr verschiedene, und zwar stiegen die Serumgaben allmählich von etwa 5000—10000 bis auf 100000—200000 L. E. Trotzdem war eine statistisch meßbare Abnahme der Sterblichkeit nicht nachweisbar, weder am Material im ganzen, noch bei seiner Aufteilung nach der Schwere der Fälle, dem Zeitpunkt der Behandlung oder dem Alter des

Patienten. Die Frequenz der Paresen und vielleicht auch der Myocarditis hat trotz der Erhöhung der Serumdosen während der in Rede stehenden Zeitspanne zugenommen, dagegen hat die Frequenz der spättoxischen Albuminurie abgenommen.

Finkelstein (Berlin).

Die Diphtherie der Vakzinierten

(M. Chalier und Mlle Rougier: La diphtérie des vaccinés. J. Méd. Lyon 5. Januar 1932 S. 1). Die Diphtherie der Vakzinierten ist von besonderem Interesse, weil sie die Wirksamkeit der Vakzinierung in Zweifel ziehen läßt. Man muß zugeben, daß es in der Tat sogar tödlich verlaufende Fälle bei Vakzinierten gibt. Dennoch ist die Vakzinierung mit Anatoxin nach Ramon ein sehr wirksames Mittel zur Verhütung der Diphtherie, aber gewiß kein ganz absolutes, und das soll man nicht erwarten. Die wenigen schwer verlaufenden Fälle beruhen darauf, daß man es versäumt hat, rechtzeitig Serum anzuwenden. Das ist ein Fehler, denn die Behandlung der Vakzinierten soll sich von der üblichen nur dadurch unterscheiden, daß man der Serumspritze noch eine Gabe Anatoxin in Abstand von 1 Stunde vorausschickt. Im übrigen soll man als geimpft nur die regelrecht vakzinierten gelten lassen: 3 Dosen zu 1 ccm, und zweimal 2 ccm (weniger gut die Hälften) und einem Zwischenraum von 3 Wochen zwischen den ersten und von 14 Tagen zwischen den letzten Gaben. Ein großer Teil der Fälle erweist sich als nicht richtig geimpft, bei anderen ist die Diphtherie nicht erwiesen. Die Mehrzahl der Fälle scheidet bei einer solchen Kritik aus. Im ganzen handelt es sich um eine leichte oder mittlere Diphtherie.

Die alimentäre Kinderanämie

(Louise Weil: Contribution à l'étude, des anémies d'origine alimentaire de l'enfant. J. Méd. Lyon 5. Jauuar 1932 S. 19). Blutproben während der Inanitionszeiten zeigen keine Anämie, aber ein paar Tage nach der Realimentation findet man eine Oligoythämie und Oligochromämie. Nach Überstehen einer Inanition sehen die Kinder noch lange blaß aus. Von den Nahrungsmitteln tragen die Kohlehydrate nichts zur Blutregeneration bei, im Gegensatz zu den Fetten, deren Überschuß antianämisierend wirkt und den Eiweißstoffen, die unentbehrlich sind, von denen ein Überschuß aber schadet. Einzelne Aminosäuren sind besonders wirksam. Die Entwässerung kann zu Irrtümern führen. Bekannt ist die Rolle des Eisens, dessen Mangel bei ausschließlicher Kuhmilchernährung zu einer Chlorose führt. Eisen in großen Dosen, nach den Experimenten auch Kupfer wirken hier günstig. Von den Vitaminen hat C eine ausgesprochene Wirkung auf das Blut. Mangel an ihm führt zur skorbutischen Anämie oder der präkarenzialen Anämie, deren Auftreten durch jugendliches Alter oder Wachstumsalter begünstigt wird. Eisen allein ist hierbei ohne Wirkung, Zitronensaft wirkt rasch. Als alleiniges Nahrungsmittel gereicht bewirkt Ziegenmilch beim jungen Kind eine schwere Anämie und Hypotrophie. Die Pathogenese ist dunkel, Mangel an Vitamin C, Eisenarmut und Unterernährung scheiden aus. Leberfütterung übt einen prompten Einfluß auf die Skorbutanämie aus, aber einen viel langsameren auf die Knochensymptome. Man soll sie daher mit Zitrone zusammen geben. Alles in allem soll man eine Unterernährung vermeiden und eine abwechslungsreiche, gut äquilibrierte Ernährung geben.

Die stumme Pneumonie des Kindesalters

(G. Mouriquand & J. Savoye: La pneumonie silencieuse de l'enfant. J. Méd. Lyon 5. Nov. 1931 S. 631). Die Kinderpneumonie und besonders die Säuglingspneumonie braucht ihren Ausdruck in keinem der klassischen Zeichen zu finden. Rasseln und verschärftes Atmen können fehlen. Wir stehen dann vor einer stummen Form, deren Diagnose besondere Anforderungen stellt. Man muß nach einer Dämpfung suchen bis in den Grund der Achselhöhle, aber sie ist nicht allemal aufzufinden. Die Abschwächung des Atemgeräusches ist nicht immer deutlich, wenn es sich um abgegrenzte Herde handelt. Das kompensatorische Emphysem, das sich um die hepatisierte Stelle lagert ist allein schon imstande die Erscheinung zu maskieren. In manchen Fällen ist einzig das Schreien des Kindes der Verkünder des Verdichtungsherdes. In diesem Fall wird er mit besonderer, bisweilen ohrenzerreißender Heftigkeit nach dem hepatisierten Herd fortgeleitet. Beim größeren Kind, das während der Untersuchung nicht schreit verschafft man sich einen Ersatz für den Schrei dadurch, daß man es den I-Laut wiederholen läßt. Die Fortleitung auf der hepatisierten Stelle ist intensiv und oft verändert er dabei seinen Klangcharakter und wird zu E oder gar A. In allen daraufhin untersuchten Fällen fiel die Tonverstärkung zusammen mit einem richtigen Hepatisationsherd oder wenigstens einem radiographisch sichtbaren Verdichtungsherd. Der Kliniker muß den „Mutismus" solcher Herde kennen ebenso wie die Symptome, auf Grund deren man sie dennoch erkennen kann. In vielen Fällen kann man so um eine Röntgenuntersuchung herumkommen, deren Ausführung in der Stadtpraxis Schwierigkeiten bereitet. Die Erklärung der Erscheinung ist nicht sowohl im zentralen Sitz dieser Pneumonien zu suchen, der unter den Fällen der Verff. überhaupt nicht vorkam, sondern in ihrer geringen Ausdehnung. Dem entspricht die durchwegs günstige Prognose.

Fuld (Berlin).

2. Ohrenheilkunde.

Wie man „politzern" soll.

Für das Gelingen der einfachen Lufteinblasung mittels des Politzerschen Ballons bei Sekretansammlungen in der Paukenhöhle ist nach Holmgren (Mschr. Ohrenheilk. 1931 H. 11) die Menge des Sekrets bzw. die Lage des Sekretniveaus im

Verhältnis zum tympanalen Tubenostium von Bedeutung. Liegt das Niveau höher als das Ostium, so wird die Entfernung des Sekrets erleichtert; liegt es niedriger, so wird die Entfernung erschwert, mitunter unmöglich gemacht. Will man das Sekret mehr oder weniger vollständig durch die Tube entleeren, so muß man den Kopf des Patienten stark nach vorn neigen und ihn gleichzeitig so drehen, daß das behandelte Ohr nach oben gerichtet ist. Dabei bildet das tympanale Tubenostium den tiefsten Punkt der Paukenhöhle, während die Tube selbst nahezu vertikal gerichtet ist. Erst in dieser Optimumstellung kann man mit einer wirkungsvollen Entleerung der Paukenhöhle durch die Ohrtrompete rechnen. Wendet man die Politzersche Luftdusche stets in dieser Optimumstellung an, so wird man — nach Holmgrens Beobachtungen — an den dabei im Otoskop gehörten Rasselgeräuschen feststellen können, daß Mittelohrtranssudat öfter vorkommt als man gemeinhin diagnostiziert.

Kunstgriff beim Tubenkatheterismus.

Die Anwendung der einfachen Luftdusche, des Politzerschen Verfahrens, in der Ohrenheilkunde ist zwar sehr verbreitet und allgemein geschätzt, führt aber häufig — sogar häufiger als der Praktiker ahnt und annimmt — nicht zu dem gewünschten Ziel. Es braucht durchaus nicht immer an einer unvollkommenen Technik zu liegen, wenn trotz wiederholter Versuche keine Luft durch die Tube ins Mittelohr dringt. Häufig liegt die Schuld, gewollt oder ungewollt, beim Patienten — sei es, daß der zuführende Weg von der äußeren Nasenöffnung ab auf die eine oder andere Weise verengt ist, oder daß die Schleimhaut der Ohrtrompete selbst mehr oder minder geschwollen ist. Hier kommt, besonders bei Erwachsenen, deren Ohrtrompete verhältnismäßig enger als die des Kindes, statt des Politzerschen Verfahrens der Katheterismus in Frage. Aber auch er versagt — selbst in der Hand des Geübten — häufig, wenn die Einführung des Katheters im Nasenrachenraum allerlei Würgreflexe auslöst, die zu einer spastischen Kontraktion des pharyngealen Tubenostiums führen. Das ist bei nervös-erregbaren Patienten gar nicht selten der Fall. In solchen Fällen nun empfiehlt Zoltán Wein (Mschr. Ohrenheilk. 1931 H. 10) zur Ablenkung des Patienten die Anwendung des Jendrassikschen Handgriffes, wie er bekanntlich zur leichteren Auslösung des Patellarreflexes geübt wird. Der Patient hakt dabei die eingebogenen Finger der beiden Hände — die eine in Pronation, die andere in Supination gehalten — ineinander. Der Arzt zählt und bläst bei „Drei“ oder besser noch schon vorher Luft in den rite eingeführten Katheter.

Otogene Gesichtslähmung.

In der Pathogenese der otogenen Gesichts- oder Fazialislähmung bilden — wie Fremel in der Mschr. Ohrenheilk. 1931 H. 8 ausführt — die Lähmungen bei der akuten Mittelohrentzündung eine scharf umschriebene Gruppe. Wo sie auftreten, ist die sofortige Aufmeißelung des Antrums angezeigt. Die Lähmung geht nach den Angaben Fremels aus der Wiener Klinik stets restlos zurück; sie gibt in diesen Fällen die Indikation für die Mastoidoperation ab, auch wenn andere Hinweise fehlen. Die Operation wirkt druckentlastend; und das tut sie sicher auch in den seltenen — von Fremel nicht besonders erwähnten — Fällen von einfach serösem Transsudat, wo man eine Dehiszenz des Canalis Fallopiae, also ein Freiliegen des Nerven, wird annehmen dürfen. Ref. hat zwei solcher Fälle beobachtet, wo die Luftdusche den Lähmungszustand sofort beseitigte.

Die zweite, von Fremel erwähnte und ebenfalls wohl charakterisierte Gruppe sind die operativen Lähmungen, die entweder sofort beim Erwachen des Patienten aus der Narkose beobachtet werden oder erst später, Stunden und Tage nach der Operation, auftreten. Auch diese postoperativen Lähmungen gehen fast immer zurück. In 4—5 Proz. bleiben häßliche Entstellungen zurück. Es ist jedenfalls erstaunlich, wie groß die Regenerationsfähigkeit des Nerven ist.

Eine dritte Gruppe umfaßt die Lähmungen bei chronischer Mittelohreiterung. Hier liegt meist eine Labyrintherkrankung vor, und zwar nach Caries des horizontalen Bogengangs. Differentialdiagnostisch schwierig ist die Scheidung zwischen otogener und rheumatischer Fazialislähmung. Wichtig zu wissen ist dabei, daß die otogene Lähmung nicht immer eine komplette ist, sondern bald den einen, bald den anderen der drei Äste betrifft. Das Alter des Patienten scheint dabei nicht die Rolle zu spielen, wie allgemein behauptet wird. Fremel glaubt, nach dem Wiener Material nicht die Auffassung bestätigen zu können, daß Kinder leichter eine Gesichtslähmung bekommen. Eher ist das Umgekehrte der Fall.

Perkain gegen Mittelohrentzündung.

Bekannt und gerade beim praktischen Arzt beliebt ist bei der Behandlung der akuten — nicht perforierenden — Mittelohrentzündung die Einträuflung des Otalgans, die übrigens Ref. nicht empfiehlt, weil er ihre Wirksamkeit bezweifelt und die dadurch hervorgerufene Verwischung des otoskopischen Befundes fürchtet. Um die etwaige lokalanästhetische Wirkung auf das entzündete, nicht perforierte Trommelfell und das Mittelohr zu kontrollieren, hat Birkholz (Mschr. Ohrenheilk. 1931 H. 8) verschiedene Mittel versucht. Da aber die Sensibilitätsprüfung des Trommelfells technisch ungemein schwierig ist, so wählte Birkholz als Testobjekt den Lippensaum, das Lippenrot, das in Bau und Innervierung des Epithels eine weitgehende Analogie mit dem Trommelfell aufweist. Dabei ergab sich folgendes: Otalgan und sein — neuerdings durch das Opiumgesetz

veranlaßter — Ersatz übte so gut wie keine betäubende Wirkung. Starke Tutokainlösungen erzeugten durch Eindringen in die Lippenepidermis eine terminale Anästhesie. Intensiv, vor allem langdauernd ist die Betäubung bei Anwendung glyzerinöser Lösungen — wässerige nützen nichts — von Perkain. Die praktische Nachprüfung mit 10proz. Perkainglyzerin bei einfacher — also nicht eitrig perforierter — akuter Mittelohrentzündung ergab eine auffallend günstige Wirkung. Übereinstimmend wurde prompter Nachlaß der stechenden Ohrenschmerzen bei Anwendung der Tropfen angegeben — bei Kindern und Erwachsenen. In 32 von 35 Fällen konnte ein deutlicher Rückgang der Entzündung am dritten und vierten Tage festgestellt werden. Heilung in acht Tagen. In drei Fällen kam es zur Trommelfellperforation. Schädigungen wurden nicht beobachtet; nur in einem einzigen Fall Mazeration der Haut und Furunkelbildung, wahrscheinlich infolge Glyzerinwirkung.

Die verhältnismäßig kleine Zahl von Fällen gestattet nach Ansicht des Ref. kein endgültiges Urteil — um so weniger, als die von Birkholz herangezogenen Fälle allesamt innerhalb eines beschränkten Zeitraumes behandelt wurden und somit vielleicht in ihrer Virulenz mehr oder weniger gutartige Erkrankungen darstellten.

A. Bruck (Berlin).

---

3. Tuberkulose.

Über Anfangserscheinungen der Lungentuberkulose und ihre Bedeutung für Fürsorge und Praxis.

In dieser Arbeit drückt sich Stadt-Ober-Med.-Rat Geißler (Karlsruhe) in den Prakt. Tbk.bl. 1932 H. 2 S. 25—27 gegenüber solchen Ansichten vorsichtiger aus, indem er sich gegen die auch auf dem letzten Tuberkulosekongreß in Bad Kissingen im vorigen Jahr erhobene Forderung wendet, nur schematische, terminmäßige Massendurchleuchtungen als das einzige Mittel zur Früherfassung tuberkulös Erkrankter zu betrachten. Seit 2 Jahren wurde in seiner großen Fürsorgestelle darauf geachtet, ob wirklich die beginnende Lungentuberkulose keine subjektiven Erscheinungen macht. Es zeigte sich, daß in der Regel irgendwelche Störungen, wie Husten und Auswurf, Nachtschweiß, Mattigkeit, Gewichtsabnahme, Appetitlosigkeit, Magenbeschwerden, Fieber, Stechen im Brustraum u. dgl. vorhanden war. Dabei ist selbstverständlich, daß stets auch eine exakte Anamnese aufgenommen werden muß. Auch er folgert aus seinen Erfahrungen, daß beim geringsten Verdachtsmoment neben genauer klinischer Untersuchung alsbald eine Röntgen- und Auswurfsuntersuchung gemacht werden muß. Wo Schwierigkeiten bei der Kostenaufbringung entstehen, muß die zuständige Tuberkulosefürsorgestelle einspringen. Wohl überall kann wenigstens eine Durchleuchtung unentgeltlich vorgenommen werden. In der Fürsorge genügen in der Regel Umgebungsuntersuchungen alsbald nach der Erfassung von Fällen Offentuberkulöser.

Können auch nach diagnostischen Tuberkulineinreibungen im Kindesalter Schädigungen auftreten?

Im Anschluß an den Lübecker Fall stellt Klare, der Leiter der bekannten Prinzregent-Kinderheilstätte Scheidegg, obige Frage auf (Prakt. Tbk.bl. 1932 H. 2 S. 23—25) und verneint sie ganz entschieden. Er schlägt sowohl für die Praxis wie für Reihenuntersuchungen das Perkutan-Tuberkulin Hamburger mite und forte dringend vor, da dessen Zuverlässigkeit in der Kinderpraxis bei aktiven und inaktiven Tuberkulosen gut 80 Proz. betrage. Die intrakutanen Methoden sollten dem Krankenhaus und der Heilstätte vorbehalten bleiben.

Über Staublunge und Lungentuberkulose.

In einer interessanten Arbeit aus dem patholog. Inst. d. Univ. Basel nimmt dessen Leiter, Prof. Gerlach (Dtsch. med. Wschr. 1932 Nr. 8 S. 283 bis 285), Stellung zu der Frage, ob die zum Tode führende Lungensilikose, mit oder ohne den Tuberkelbazillus entstehen kann? Er bejaht die Frage, daß in Staublungen eine Höhlenbildung möglich ist, ohne Tuberkulose. Die Frage, ob die Knoten und Schwielen der Staublungen stets tuberkulöser Natur sein müssen, wird durch zwei einzigartige Parallelbeobachtungen eindeutig im negativen Sinne entschieden, durch die bewiesen ist, daß die Kieselsäure ohne Mitwirkung des Tuberkelbazillus zu dem Bilde der schweren letalen Steinstaublunge führen kann.

W. Holdheim (Berlin).

Die Sanokrysinwirkung auf die Resistenz der Lungentuberkulösen und ihr Ausdruck im Blutbild nach Arneth.

(J. Stephani und G. Delore: Effet de la sanocrysine sur la résistance générale des tuberculeux pulmonaires exprimé par les variations de la formule du sang d'Arneth. Progrès méd. 1931 Nr. 40 S. 1689). Die Verff. stellen das Sanokrysin an die erste Stelle des antituberkulösen Arzneischatzes. Seine allgemein anerkannten Wirkungen bestehen in einer häufigen Herabsetzung und Regulierung der Temperaturkurve, Verflüssigung und Verringerung des Auswurfs; trotz angeblichen Fehlens einer bakteriziden Wirkung sterilisiert es oft den Auswurf. Die Wirkung auf die Gewichtskurve ist günstig, wenn man sich an die niederen Dosen der Verff. hält. Sie beginnen mit 0,01 ccm oder $^1/_5$ Ampulle intravenös, geben nach 4 Tagen 0,05 ccm oder eine ganze Ampulle, spritzen dann wöchentlich einmal steigend um 0,1—0,15 ccm, aber in der Weise daß die einzelnen Dosen wiederholt werden, um die „Aurotoleranz" auszutasten. Die Maxima liegen individuell sehr verschieden hoch zwischen 0,05 und 0,5 Grammen.

Die Beeinflussung des Blutes wurde von verschiedenen Seiten studiert. Alle Autoren behaupteten eine Steigerung der Senkungsgeschwindigkeit, Zunahme des Hämoglobins und der roten Blutkörperchen. Rückgang der Leukozytose und Rechtsverschiebung des weißen Blutbildes. Eine genaue Untersuchung von 25 Patienten ließ in der großen Mehrzahl der Fälle, 84 Proz., jeden derartigen Einfluß auf das Blutbild vermissen. In 16 Proz. erfolgte eine Rechtsverschiebung, zur Linksverschiebung kam es niemals. Diese Starre des Blutbildes steht im Gegensatz zu den unzweideutigen Veränderungen im günstigen Sinn, den der Zustand der behandelten Kranken durchwegs zeigte. Das Blutbild gab demnach keinen verwertbaren Index für die Behandlung ab. Die Autoren denken daran, daß möglicherweise dieser Widerspruch, der zugleich einen Widerspruch gegen die Literaturangaben bedeutet mit ihrer Bevorzugung der intravenösen Applikation zusammenhängt.

Fuld (Berlin).

---

4. Nervenleiden.

Über normale Pupillenreaktion bei progressiver Paralyse

schreibt Fischer in der Med. Klin. 1932 Nr. 1. Die reflektorische Pupillenstarre, d. h. erloschene Lichtreaktion bei erhaltener Konvergenzreaktion ist sehr beweisend für eine metaluische Erkrankung des Nervensystems. Differentialdiagnostisch kommt außer der Hirngrippe, chronischer Alkoholismus, multiple Sklerose, senile Demenz und Schädeltrauma in Frage. Diese Faktoren treten ätiologisch jedoch soweit zurück, daß das Vorliegen der reflektorischen Starre mit einem hohen Grad von Wahrscheinlichkeit für eine syphilitische Störung spricht. Das Nichtvorhandensein des Pupillenphänomens läßt jedoch keinen Schluß irgendeiner Richtung zu. Auf die Paralyse angewandt, beweist erhaltene Pupillenreaktion nichts gegen beginnende Paralyse. Hieraus ergibt sich für die Praxis die Forderung, bei dem geringsten Verdacht sich durch normalen Pupillenbefund nicht von weiteren Blut- und Liquoruntersuchungen abhalten zu lassen.

Die statistischen Angaben über das Vorkommen der Pupillenstörung bei Paralyse sind nicht ganz einheitlich. Es scheint, als ob die Untersuchungstechnik hier eine Rolle spielt. Es gibt Pupillen, bei denen die Reaktion nur durch helles Tageslicht auszulösen ist. In zweifelhaften Fällen empfiehlt sich Untersuchung mit dem Pupilloskop. Bumke und Weiler fanden in 13 Proz. bzw. 16 Proz. von Paralytikern normale Lichtreaktion. Eine Sammelstatistik aus der Berliner Charité, die sich über längere Zeit erstreckt, ergibt einen ungefähren Prozentsatz von 18.

Verf. hat an dem Material der Hamburger Universitätsklinik, die über ein großes Material von Frühdiagnosen verfügt, den Nachweis geführt, daß die Lichtreaktion der Pupillen in etwa 7 Proz. der Frühfälle erhalten bleibt. Die Untersuchung erstreckte sich auf 203 Fälle. Sehr selten ist das Zusammentreffen von tabo-paralytischen Erscheinungen bei erhaltener Lichtreaktion. Im allgemeinen sieht man bei Paralytikern, die keine Patellarreflexe haben, die Lichtreaktion in einem höheren Prozentsatz aufgehoben als bei Kranken mit erhaltenen oder gesteigerten Kniesehnenreflexen. In 5 der mitgeteilten 14 Fälle waren die Ergebnisse der Blut- und Liquoruntersuchungen nicht für Paralyse typisch. Verf. glaubt in diesem Zusammentreffen eine gewisse Gesetzmäßigkeit zu sehen, die durch weitere Untersuchungen geklärt werden könnte.

Einen Beitrag zur Klinik und Pathogenese der progressiven Lipodystrophie

gibt Franz Pollak in der Z. Neur. Nr. 127 H. 3. Das Krankheitsbild der Lipodystrophie ist gekennzeichnet durch eine zunehmende Fettanhäufung der unteren Körperhälfte speziell der Beckengegend, während die oberen Körperpartien mager sind. Bei regelmäßiger Entwicklung setzt die Störung im frühen Kindesalter ein, derart, daß die Muskeln der oberen Körperhälfte abmagern, und sekundär eine Fettanhäufung der unteren Körperhälfte sich ausbildet. An der Entstehung dieses Leidens ist das vegetative Nervensystem, der Blutdrüsenapparat, insbesondere Hypophyse und Keimdrüse beteiligt. Neben exogenen Schädlichkeiten, wie Infektion und Trauma scheint eine familiäre Disposition von Bedeutung zu sein. In der Mehrzahl wird das weibliche Geschlecht befallen. In der Praxis begegnet man nicht selten weniger ausgeprägten Formen, die eine schnelle Entwicklung zeigen und deren Beginn nicht an das kindliche Alter gebunden ist.

Einen Beitrag zur Epilepsiebehandlung

gibt Rabinowitsch (Münch. med. Wschr. 1930 Nr. 46). Das Wesentliche der gesamten Epilepsiebehandlung ist die Prophylaxe des Anfalls. Heftige Gemütsbewegung, Alkohol, übermäßige Arbeit wirken anfallsteigernd. Das beste Mittel, das den Krampfanfall während der Aura, unter Umständen noch im tonischen Stadium drosseln kann, ist das Amylnitrit. Während der Dauer eines einfachen Anfalles brauchen keine Heilmittel gegeben zu werden. Wesentlich ist die Vorbeugung von Verletzungen und der Erstickungsgefahr. Demgegenüber muß im Status epilepticus energisch vorgegangen werden, da dieser Zustand nicht selten zum Tode führt. Hier findet das Luminalnatrium intramuskulär injiziert Anwendung.

Für die medikamentöse Prophylaxe des Anfalls gibt es drei Mittel, Brom, Luminal und Bor. Das souveränste Mittel ist das Luminal, das nach Angabe des Verfassers meist in zu großen Gaben genommen wird. Häufig wird man mit kleinen Dosen, etwa 0,02 –0,05 für den Tag auskommen. Es empfiehlt sich diese Dose in drei Einzelgaben

Jod-Calcium-Diuretin-Tabletten

Nach Prof. S. Askanazy, Königsberg i. Pr.
Wirkungssteigerung der 3 Komponenten Jod, Calcium und Diuretin.

Bei **Stenocardie, Hypertonie, Asthma.**

Rp. Jod-Calcium-Diuretin-Tabletten
20 Stück Orig.-Packg. (RM. 1.48).
3mal täglich 1 Tablette zerdrückt in etwas Flüssigkeit zu nehmen.

Dilaudid (Knoll)

Verbessertes Morphinpräparat.

Tabletten 0,0025 g, 10 St. O.-P. (etwa RM. -.66)
Suppositorien 0,0025 g, 6 St. O.-P. (etwa RM. 1.38)
Ampullen 0,002 g, 4 St. O.-P. (etwa RM. 1.17)
Dilaudid-Atropin-Ampullen
0,002 + 0,0003 g, 4 St. O.-P. (etwa RM. 1.20)
0,004 + 0,0005 g, 5 St. O.-P. (etwa RM. 1.60)
Dilaudid-Scopolamin-Ampullen
4 St. O.-P. (etwa RM. 1.20)

Nach Bedarf, ev. mehrmals täglich, ½—1 Tablette oder 1 Ampulle oder 1 Suppositorium.



Knoll A.-G.
Ludwigshafen a/Rh.

zu geben. Bei den Formen der Epilepsie, bei denen die Anfälle erfahrungsgemäß meist nachts auftreten, ist einmalige größere Dosis vor dem Schlafengehen ratsam. Sämtliche Epilepsiemittel müssen lange Zeit, unter Umständen Jahre hindurch genommen werden. Bei zu früher Unterbrechung der Kur pflegen Anfälle am 3. bzw. 4. Tage aufzutreten. Leo Jacobsohn (Charlottenburg).

Die Behandlung der Poliomyelitis mit Rekonvaleszentenserum

bespricht Pondman (Nederl. Tijdschr. Geneesk. Jg. 75 Nr. 50 S. 5986). Seine Wirkung wurde zunächst an Affen, später an Menschen beobachtet. Man kann jetzt feststellen: Das Rekonvaleszentenserum kann mindestens noch 20 Jahre nach dem Überstehen des akuten Krankheitsprozesses entnommen werden. Es empfiehlt sich, das Serum mehrerer Personen zu mischen. Die Sera müssen, aerob und anaerob untersucht, steril sein. Die Wassermannreaktion muß negativ sein. Der Spender darf nicht an Tuberkulose leiden. Das Serum muß möglichst wenig Hämoglobin enthalten. Es darf nicht von einer Person genommen werden, die sich im Inkubationsstadium einer Infektionskrankheit befindet. (Wie weiß man das?) Es kann ein Konservierungsmittel (z. B. 0,2 proz. Trikresol) zugesetzt werden. Die Behandlung muß im präparalytischen Stadium stattfinden. Es sind bis jetzt mehrfach gute Erfolge (meist mit intramuskulärer Injektion) erzielt worden.

Der Parkinsonismus nach Encephalitis epidemica

kann, worauf Stemplinger hingewiesen hat, sehr günstig durch die Hirsauer Atropinkur beeinflußt werden. Diese Behandlung wird ausführlich von Teenstra und Visser (Nederl. Tijdschr. Geneesk. Jg. 76 Nr. 1 S. 22) besprochen. Sie zeigen an der Hand zweier Fälle, daß durch die — durchaus nicht ungefährliche — Atropinkur erhebliche Besserungen nicht nur des Parkinsonismus, sondern auch anderer Folgen des Enzephalitis eintreten.

Es wird mit 3 mal täglich $^1/_4$ mg angefangen und langsam bis auf 3 mal $7^1/_2$ mg, und auch höher gestiegen. Man geht dann langsam herunter, bis man die optimale, möglichst ungefährliche Dosis gefunden hat.

Kontraindikationen sind Hypertension, Herz- und Nierenkrankheiten.

Es ist natürlich nur eine symptomatische Behandlung. V. Lehmann (Schlachtensee).

Kongresse.

56. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Berlin, Langenbeck-Virchow-Haus, 30. März bis 2. April 1932.

Bericht von

Dr. **Hayward** in Berlin.

Wenn einmal, vielleicht in ruhigeren Zeiten, eine Geschichte der Chirurgie des 20. Jahrhunderts geschrieben wird, dann wird der Autor allein schon in den Referatthemen der Kongresse eine wichtige Fundgrube und Quelle für die historische Entwicklung dieses bedeutenden Zweigs der Gesamtmedizin finden. Die Chirurgie, viele Jahrzehnte mehr auf das Technische eingestellt, hat bewußt in der letzten Zeit wieder erneut Fühlung mit der Gesamtmedizin genommen. Aber es sind nicht nur die klinischen Sonderfächer, wie die innere Medizin, die herangezogen wird, sondern entsprechend den Änderungen, die ja schon das Medizinstudium erfahren hat, ist die Physiologie, vor allem die pathologische Physiologie, zu einem wichtigen Teilgebiet der Chirurgie geworden. Gegenüber dem rein Laboratoriumsmäßigen ist die Chirurgie in der glücklichen Lage, ihre Beobachtungen am Krankenbett selbst oder durch die Autopsia in vivo machen zu können. Wer mit dieser Erkenntnis den diesjährigen Kongreß besuchte, wird dem Vorsitzenden, Prof. Voelcker (Halle), besonders dafür dankbar sein, daß er sowohl in der Auswahl der Referatthemen, wie auch der Referenten dieser Entwicklung Rechnung trug. Auch seine Ausführungen über das Spezialistentum in der Chirurgie, das heute fast schon zu einem Organspezialistentum geworden ist und dem er jede Berechtigung abspricht, müssen vorbehaltlos gebilligt werden. Durch diese „Bindestrich-Chirurgie", wie er es treffend bezeichnete, verliert sich die Chirurgie in Kleinigkeiten und es besteht die ernste Befürchtung, daß der Nachwuchs seinen Blick einengt, anstatt ihn zu erweitern.

Das Hauptthema des ersten Tages: die Leber in der Chirurgie wurde von Prof. Henschen (Basel) und dem Halleschen inneren Kliniker Prof. Brugsch behandelt. Die Bedeutung der Leber für operative Eingriffe ist eine ganz außerordentliche, sei es, daß es sich um Operationen im Bereich des Gallensystems selbst oder anderweitige Eingriffe handelt. Namentlich die Einwirkung der Narkose auf die Leber bedarf der besonderen Beachtung. Leider sind wir noch weit davon entfernt beurteilen zu können, welche Schäden dieses Organ bereits von früher her betroffen hat (Alkohol, akute, chronische Infektion usw.) und welche neuen Belastungen es auszuhalten vermag. Bei unglücklichem Ausgang läßt die pathologische Anatomie hier oft im Stich, denn es sind ja Vorgänge der pathologischen Physiologie, die entscheidend sind. Wissen wir doch heute, daß die Galle nicht nur ein Verdauungssaft ist, sondern daß ihr auch exkretorische Aufgaben zufallen. Darüber hinaus

steht die Bedeutung der Leber für den Zuckerhaushalt. Ferner sind Wechselbeziehungen zu den Nieren vorhanden. Weiter erörterte die Vortragende die Cholepathie und ging näher auf die Wirkung vorübergehender Ableitung der Galle nach außen ein.

Brugsch verbreitete sich vor allem über die Bedeutung der Leber für den Glykogenstoffwechsel. Er zeichnete das Bild des Leberkomas und betonte ebenfalls den Zusammenhang von Leber- und Nierenaffektionen. Der mechanische Verschluß erfordert operative Maßnahmen. Eine gute antiseptische Wirkung für die Leber hat der Vortragende von Neotropin gesehen. Gallensäurenpräparate, z. B. das Decholin regen die Gallenabsonderung an. Auch Magn. sulf., durch die Duodenalsonde eingeführt, wirkt günstig. Beim echten Leberkoma muß Kalzium gegeben werden.

Der 2. Tag brachte als Referat die Extremitätengangrän. Vom chirurgischen Standpunkt erörterte Prof. Röpke (Barmen) das Thema, den pathologisch-anatomischen Bericht erstattete der Bonner Pathologe Prof. Ceelen. Röpke gab ein Übersichtsbild über die verschiedenen Gangränformen und ihre Ätiologie. Er ging ausführlich auf die klinischen Bilder ein unter Betonung der langjährigen Remissionen des sogenannten intermittierenden Hinkens. Die Sympathektomie hat die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllt. Demgegenüber scheint dem Padutin doch eine wesentliche Bedeutung zuzusprechen sein.

Mit ganz besonderem Interesse wurde der Vortrag Ceelens aufgenommen. Wir kennen, so führte er aus, Brand durch direkte Gewebsschädigungen und durch Kreislaufstörungen. Die letztere Form kann außer durch Gefäßverletzungen bedingt sein durch Embolien der Gefäße, durch Angiosklerosen (senile und diabetische Gangrän) und durch Entzündungen, sei es in der akuten Form, wie bei Infektionskrankheiten, sei es in der chronischen Form, wie bei Lues, rezidivierendem Gelenkrheumatismus und schließlich als Endarteriitis obliterans (Winiwarter). Auf diese Erkrankung, auch unter dem Namen der Thrombangiitis obliterans Buerger bekannten Krankheit wird noch einzugehen sein, ihr gehören bekanntlich die Jugendgangränen an. Schließlich kennen wir die auf angiospastischer Grundlage beruhenden Erkrankungen, wie z. B. den Raynaud. In schönen Untersuchungen hat Stöhr gezeigt, daß im allgemeinen zwar die Blutverteilung und Blutverschiebung auf nervöse Einflüsse zurückzuführen ist, an der sich in gleicher Weise Oblongata, Rückenmark und Sympathikus beteiligen, daß es aber auch eine Autonomie des Gefäßsystems gibt, namentlich der Arterien mit stärkerem muskulärem Aufbau, also solchen die weiter weg vom Herzen liegen. Diabetische und senile Gangrän spielen sich pathologisch-anatomisch in der Media ab. Sekundär kann es zu einer Thrombosierung des Gefäßes kommen. Eine besondere Bedeutung hat die Spontangangrän Jugendlicher. Diese früher nur ganz vereinzelt in die Erscheinung getretene Erkrankung hat sicher in den letzten Jahren an Häufigkeit zugenommen. Die Bezeichnung Thrombangiitis ist irreführend. Es handelt sich nicht primär um eine Thrombose des Gefäßes, sondern um eine Entzündung der Gefäßwand. Meistens ist der Ausgangspunkt dieser Entzündung die Intima, es kommen aber auch Mitbeteiligungen der anderen Gefäßschichten, namentllch der Adventitia vor. Für die Beantwortung der Frage, welches nun die Ursache dieser sicher entzündlichen Vorgänge ist, kommt Ceelen zu der, besonders den Kliniker interessierenden Antwort, daß chronische Infekte eine maßgebende Rolle spielen. Damit reiht sich das Krankheitsbild in das Gebiet des chronischen rezidivierenden Rheumatismus ein. Ganz besonders interessant sind weiter die Beobachtungen, daß diese kleinzelligen leukozytären Infiltrationen auch an den Venen gefunden werden und die Ursache der unter dem Namen der Phlebitis migrans beschriebenen Erkrankung sind. Die sich anschließenden proliferierenden Prozesse führen zu warzenähnlichen Auflagerungen und hiermit wird der Übergang zu der verrukösen Form der Herzklappenentzündung bei Rheumatismus gebildet. Mit der Auffassung der Endarteriitis als einer Infektangiitis bringen wir die Erkrankung einer therapeutischen Beeinflussung wesentlich näher und zwar schon in einem Stadium, in welchem nur die Vorboten der Gangrän, d. h. das intermittierende Hinken vorhanden ist. Schon Erb konnte, wie Ceelen aus der Literatur festgestellt hat, in 2 Fällen durch die Darreichung hoher Salizyldosen eine erhebliche Besserung erzielen. Es dürfte sich darum empfehlen in diesen Fällen unter allen Umständen eine Salizyltherapie einzuleiten. — Es erschien wichtig hier ausführlicher auf diesen bedeutenden Vortrag einzugehen, einmal deshalb, weil auch dem Praktiker diese Dinge häufiger zu Gesicht kommen als früher, dann vor allem aber auch mit Rücksicht auf die Gutachtenfrage. Wenn Bier in der Diskussion zu dem Vortrag betonte, daß er besonders viel Kriegsteilnehmer unter diesen Kranken gefunden habe und fordert, daß die Erkrankung, auch wenn sie erst jetzt zum Ausbruch kommt, als Kriegsbeschädigung anzusprechen ist, so gibt er damit einen schlagenden Beweis für die durch den Pathologen geäußerte Vermutung der Erkältung als Ursache der juvenilen Gangrän. Und zwar ist es nicht etwa nur die örtliche Nässe an den unteren Extremitäten, sondern die allgemeine Erkältung, die hier diese verhängnisvolle Rolle spielt.

Der dritte Verhandlungstag brachte ein ausgezeichnetes Referat des Wiesbadener Chirurgen Prof. Heile über die künstliche Steigerung der Heilkräfte bei chirurgischen Erkrankungen. Die Bestrebungen sind ja nicht neu, sowohl bei chirurgischen Infektionen, wie vor und nach Operationen das Gefahrenmoment durch eine wirksame Unterstützung der Abwehrkräfte des Organismus zu heben. Wenn auch einheitliche Vorschläge bei der großen Verschiedenheit des schädlichen Agens und der individuellen Ansprechbarkeit nicht zu erwarten waren, so gab doch die Übersicht und die kritische Würdigung, die der Redner den einzelnen Verfahren, wie Blutinjek-

tionen, Stauung, Eiweißtherapie, Diät und medikamentöser Behandlung zuteil werden ließ, eine Fülle von Anregungen namentlich für die chirurgische Praxis.

Rein technische Fragen sollen hier nicht besprochen werden. Sie boten für den Facharzt eine Menge des Wissenswerten. Auch auf dem Gebiet der Diagnostik sind Fortschritte zu verzeichnen (Enzephalographie). Bei einzelnen Kapiteln, z. B. der Behandlung der Wirbelbrüche steigerte sich das Rededuell zwischen Magnus (Bochum) und Boehler (Wien) zu dramatischer Höhe. In der Behandlung des Karzinoms — Operation oder Bestrahlung — beginnt allmählich die Grenze der Indikation sich besser abzuzeichnen.

Zum Vorsitzenden des nächsten Kongresses wurde Röpke (Barmen) gewählt.

Dr. Hayward, Berlin-Hermsdorf, Krankenhaus St. Dominikusstift.

Geschichte der Medizin.

Die Organisation des Rettungswesens bei der Eisenbahn.

Von

Reichsoberbahnarzt Dr. **Adolf Niederstadt**

in Berlin-Lichtenrade.

Mit 3 Abbildungen im Text.

Das Rettungswesen der Deutschen Reichsbahn ist eine auf Jahrzehnte lange Erfahrungen sich stützende Organisation, an der Verwaltung, Bahnärzteschaft und die Öffentlichkeit mitgewirkt haben und noch mitwirken. Immer wieder wird auf Grund der Erfahrungen bei Unfällen unter Heranziehung der Oberbahnärzte die Einrichtung überprüft und ergänzt. Erst 1925 und 1926 ist unter Aufwendung ganz erheblicher Mittel die Organisation des Rettungsdienstes neu durchgeführt worden. Jedes Stück der Einrichtung der Rettungsmittel ist von den Oberbahnärzten begutachtet und nach Art und Aufbewahrungsort genau abgezirkelt.

Die Deutsche Reichsbahn-Gesellschaft ist aber auch von der technischen Seite unausgesetzt bestrebt, durch Verbesserung des Oberbaues und der Betriebsmittel die Unfallgefahr auf ein geringstes Maß herabzudrücken. Den durch einen Bahnfrevel, durch Naturereignisse, Materialschäden oder das Versagen technischer Einrichtungen eintretenden Unfällen wird mit außergewöhnlichen, wohlvorbereiteten Maßnahmen begegnet.

1. Unfallmeldestellen. Örtliche Hilfe.

In jedem Direktionsbezirk sind die Strecken in Unfallmeldebezirke eingeteilt und dazu abschnittsweise Unfallmeldestellen bestimmt. In den Unfallmeldevorschriften sind für jeden Bezirk alle Einzelheiten bedacht. Die Meldevorschriften geben die Standorte der bei Unglück hinzuzuziehenden Hilfszüge und Gerätewagen und der dazu gehörigen Strecken übersichtlich an. In jeder Betriebsstelle hängt eine Merktafel, aus der die zuständige Unfallmeldestelle ersichtlich ist. Unfallmeldestellen sind ausnahmslos die selbständigen Bahnhöfe. Diese besitzen zum Handgebrauch eine Unfallmeldetafel mit „Wegweiser", der in Stichwortform die genau aufeinanderfolgenden Handlungen vorschreibt.

Wenn einem Zug auf der Strecke ein Unfall (Entgleisung) zugestoßen ist, dann hat der Zugführer oder ein sonst verfügbarer Bediensteter mittels der im Packwagen mitgeführten Signalmittel vor allem anderen für die Sicherung des liegengebliebenen Zuges zu sorgen, d. h. zuerst hat er unter allen Umständen zu verhindern, daß durch ungewarnte begegnende und nachfolgende Züge das Unglück verschlimmert wird. Erst wenn die Unfallstelle hiernach durch rote Haltetafeln und Auslegen von Knallkapseln auf die Schienen (Zugdeckung) gesichert ist, ist durch den nächsten erreichbaren Fernsprecher (Stellwerk, Wärterbude usw.) die Unfallmeldestelle zu alarmieren. Es wird also die Unfallmeldestelle



Fig. 1. Inneres des Arztwagens (12 Betten, 1 Operationstisch).

im bahneigenen Fernsprecher durch „Unfallruf" benachrichtigt. Die in diesem Bezirk liegenden Wärter erfahren auf diese Weise von dem Unfall, können ihre Maßnahmen treffen, dürfen sich aber selbst am Fernsprecher nicht melden. Nun sperrt der Vorsteher der Unfallmeldestelle (Leiter der Rettungsarbeiten) die Strecke und gibt die weiteren Anordnungen. Der Leiter der Rettungsarbeiten muß zuerst schleunigst reichliche Hilfskräfte und Hilfsmittel heranziehen (Ärzte, Samariter, Feuerwehr, Kraftwagen).

Die am Ort befindlichen Postanstalten haben Abschriften der Adressenverzeichnisse des örtlichen Rettungsdienstes, und übernehmen nach entsprechender Unterrichtung die sofortige Benachrichtigung dieser Stellen, um die Unfallmeldestelle zu entlasten. Es ist Pflicht aller Bediensteten, die nicht auf betriebswichtigen Posten stehen, sich sofort unaufgefordert für die Rettungsarbeiten zur Verfügung zu stellen. Bei der Unfallmeldestelle und bei be-

nachbarten Dienststellen vorhandenes Rettungsmaterial, Werkzeuge und Geräte sind ohne Aufforderung zur Unfallstelle zu schaffen.

2. Hilfszüge. Gerätewagen. Samariterdienst.

Wenn die Rettung Verunglückter und die Räumung der Gleise nicht unzweifelhaft schneller durch örtliche Hilfsmittel zu erreichen ist, wird anschließend an die vorstehenden Maßnahmen von dem zuständigen Bahnhof der Arzt- oder der Gerätewagen angefordert. Mit dem Arztwagen ist immer ein Gerätewagen verbunden. Hilfszüge mit Arztwagen sind stets dringlich und haben den Vorrang vor allen anderen Zügen. Der Arztwagen enthält einen Raum mit Betten und einen für lebenswichtige Eingriffe. Der Gerätewagen enthält Schweiß- und Schneidegeräte, sowie sämtliche Aufgleisungsgeräte. Arzt- und Gerätewagen stehen auf den betreffenden Bahnhöfen und sind mit einer Lokomotive bespannt, die Tag und Nacht unter Dampf steht. Spätestens 15 Minuten nach Eintreffen der Unfallmeldung soll der Hilfszug mit Arzt und Personal abfahren.



Fig. 2. Hilfszug.

In diesem Zusammenhange sei noch der Ausrüstung der Dienststellen und Züge mit Hilfsmitteln aller Art gedacht:

1. Auf allen größeren Bahnhöfen und Dienststellen von einiger Bedeutung sind sogenannte große Rettungskästen mit ärztlichen Instrumenten, mit entsprechendem Bestand an Medikamenten, Verbandsstoffen und Schienen, dazu Hammer, Säge, Brechstange.

2. Kleine Rettungskästen werden auf Blockstellen und in sämtlichen, dem Personenverkehr dienenden Zügen, außer in Stadtbahnzügen, vorgehalten.

3. Verbandschränkchen befinden sich in den Seitengängen der D-Zugwagen, ebenfalls Beil und Säge.

4. Verbandpäckchen sind im Besitz der Zugführer der Güterzüge und der Rottenführer.

5. Auf einer Anzahl verkehrsreicher Bahnhöfe und in den Ausbesserungswerken sind Verbands-(Kranken-)zimmer, die mit dem für die erste Hilfe erforderlichen Material ausgestattet und zum Teil ständig mit Sanitätspersonal besetzt sind.

Alljährlich werden Tausende von Eisenbahnern in der ersten Hilfe neu ausgebildet; bei Zehntausenden werden fortlaufend die Kenntnisse und Fertigkeiten überprüft und ergänzt. 70000 Reichsbahnbedienstete, also jeder Zehnte des gesamten Personalbestandes, sind in der ersten Hilfe ausgebildet, und vermögen einem Verletzten sachverständige erste Hilfe zu leisten. Freilich ist es nicht die Zahl, die ausschlaggebend ist, sondern die Qualität geistesgegenwärtiger Nothelfer. Außer dem Personal des Schlaf- und Speisewagens werden neuerdings auch die D-Zug-Frauen in erster Hilfe unterrichtet. Während der vom Reichsbahnarzt abzuhaltenden Kurse ist der Oberbahnarzt verpflichtet durch laufende Stichproben sich von dem Fortschritt und dem Umfang der Fertigkeiten der Schüler zu überzeugen. Am Schluß des Kursus findet eine formlose Prüfung statt.

3. Probealarmierungen.

Die Verwendungsbereitschaft der Arzt- und Gerätewagen wird durch die Reichsbahndirektionen von Zeit zu Zeit durch einen Probealarm geprüft. Dies vollzieht sich in der Form, daß ein Bahnhof (Unfallmeldestelle) unvermutet und möglichst zur Nachtzeit den Auftrag erhält, für ein angenommenes Eisenbahnunglück die erforderlichen Arzt- und Gerätewagen anzufordern und alle, die nach der Unfallmeldevorschrift notwendigen Meldungen niederzuschreiben und unter Voransetzung des Wortes „Probealarm" abzugeben. Nach Eingang dieser Meldung ist der Hilfszug wie bei einem wirklichen Unfall zu besetzen und abzulassen. Der Bahnarzt und der Oberbahnarzt haben sich ebenfalls an dem Probealarm zu beteiligen.

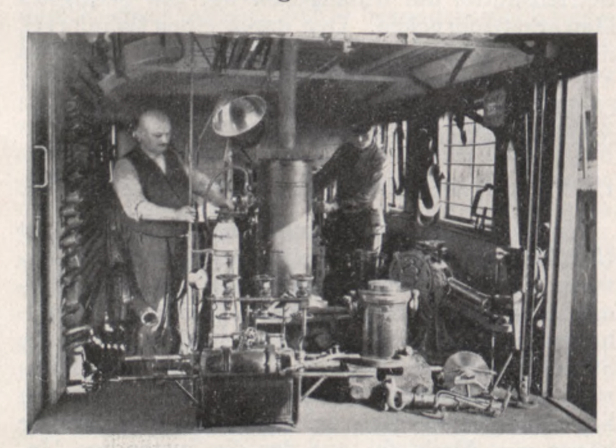


Fig. 3. Inneres des Gerätewagens.

Der Vorstand des Betriebsamtes stellt ferner mindestens jährlich bei der Prüfung des Betriebsdienstes durch eine Übung fest, daß die Vorsteher aller Unfallmeldestellen und ihre Vertreter nach einer Unfallmeldung binnen 10 Minuten die zur

Sicherung des Zugverkehrs und zur Herbeischaffung von Hilfe erforderlichen Anordnungen treffen und die nötigen Meldungen richtig niederschreiben können. Diese Beamten müssen alle übrigen Meldungen in einer weiteren kurzen Frist schriftlich darlegen können. Die Bahnärzte sind, soweit der Unfalldienst in Frage kommt, verpflichtet, über den stets gebrauchsfähigen Zustand sämtlicher ärztlichen Einrichtungen zu wachen.

Es ist im Rahmen dieser Abhandlung nicht möglich, auf wichtige weitere Einzelheiten einzugehen. Erwähnt sei nur die Fürsorge der Reichsbahn für die unverletzten Reisenden bei einem Unfall und die Vorkehrungen der Abbeförderung mit Eisenbahn und Kraftwagen, die Benachrichtigung von Angehörigen Verletzter oder getöteter Personen.

In der Presse sind wiederholt Verbesserungsvorschläge für den Rettungsdienst gemacht. Teilweise ist die Reichsbahn scharf angegriffen. Es ist gestritten über die Vorhaltung der Zahl von Injektionsspritzen, Betäubungsmitteln, Mitführung von Tragbahren in den Zügen usw. Alle Vorschläge sind sowohl in den Ausschußsitzungen der deutschen Bahnärzte als auch in den Oberbahnarztkonferenzen und von dem Stoff- und Geräteausschuß eingehend geprüft.

Die Entscheidungen, welche getroffen werden, sind häufig schwieriger, als der Laie sich vorstellt. Die Reichsbahn hat sich den Standpunkt ihrer Berater zu eigen gemacht, daß rascheste Verbringung der Verletzten in ein Krankenhaus unter Mitwirkung der gesamten örtlich erreichbaren Ärzte und des sanitären Hilfsapparates das beste ist.

Reichsoberbahnarzt Dr. Adolf Niederstadt,
Berlin-Lichtenrade, Moltkestr. 18.

Soziale Medizin.

1. Calmette über die Resultate der BCG.-Schutzimpfung gegen Tuberkulose bei Kindern.

Die im Laufe von fünf Jahren von 1925—1931 in Frankreich erzielten Resultate.

In der Sitzung der Medizinischen Akademie vom 21. Juli 1931 hat M. A. Calmette folgende Mitteilung verlesen:

„Ich möchte, sagte er, die Akademie über die in Frankreich erzielten Resultate der Schutzimpfung gegen die Tuberkulose durch BCG. informieren, die jetzt aus den Jahren 1925—1931 vorliegen, und zwar einerseits von den 114 antituberkulösen Dispensieranstalten, welche der Aufforderung vom Januar 1931 entsprachen, und andererseits aus der Praxis der Ärzte und Hebammen von 42 Departements.

Was die 114 Dispensieranstalten anbetrifft, so sind die bekanntgegebenen Zahlen von Herrn Moine, Statistiker des Nationalkomitees zum Schutz gegen die Tuberkulose, für die Aufstellung der nachfolgenden Statistik benutzt worden. Diese Zahlen beziehen sich ausschließlich auf Kinder, die in einer tuberkulösen Umgebung geboren und erzogen wurden und unter Beobachtung der Dispensieranstalten gestanden haben.

Auf 8075 geimpfte Kinder wurden im Laufe der fünf Jahre eingetragen:

581 Todesfälle aus verschiedenen Ursachen, davon 89 im Laufe des ersten Monats nach der Geburt;

371 auf 2685 geimpfte Kinder im Alter von einem Monat bis zu einem Jahr;

121 auf 4811 geimpfte Kinder im Alter von einem bis zu vier Jahren;

0 auf 579 geimpfte Kinder im Alter von über vier Jahren.

Der Prozentsatz der Sterblichkeit der in tuberkulösen Familien Neugeborenen und im Alter von einem Monat bis zu einem Jahr Geimpften beträgt also 4,6 Proz., während die Sterblichkeit der Kinder gleichen Alters, die nicht geimpft wurden, gleichviel, ob sie mit Tuberkulose in Berührung kamen oder nicht, 6,1 Proz. beträgt, und die Sterblichkeitsziffer nicht geimpfter und in tuberkulöser Umgebung lebender Kinder nach den französischen Dispensieranstalten 11 bis 25 Proz. ist.

Der durchschnittliche Prozentsatz der Sterblichkeit der 4811 Kinder, die im Alter von einem bis vier Jahren geimpft wurden, beläuft sich auf 1,6 Proz., derjenige der im Alter von über vier Jahren Geimpften ist Null.

Man muß daraus den Schluß ziehen, daß, wie es auch Weill-Hallé dargelegt hat, die BCG.-Impfung der Kinder weit über die erste Kindheit hinaus schützt und sich auch während der fünf Jahre, die dem Zeitpunkt der Impfung folgen, als völlig unschädlich erweist.

Die Untersuchungen, die man in 42 Departements bei 388 Ärzten und Hebammen anstellen konnte, welche die BCG.-Impfung im Laufe dieser letzten Jahre regelmäßig bei ihren Patienten anwandten, haben folgende Resultate ergeben:

Von der Gesamtzahl von 22746 Kindern, welche in diesen 42 Departements geimpft und überwacht wurden, waren 4978, also 22 Proz., in einer tuberkulösen Umgebung, und 17768, also 78 Proz., in einer scheinbar gesunden Umgebung geboren.

Von den 4978 in tuberkulöser Umgebung geborenen Kindern hatten 1674, also 33,6 Proz., tuberkulöse Mütter, und von diesen letzteren konnten 248, also nur 14,8 Proz., im ersten Monat abgetrennt werden.

Von den 4978 in tuberkulöser Umgebung geborenen Kindern blieben 719, also 14,4 Proz., während der ersten sechs Monate ihres Lebens in Kontakt mit der Infektion; 939, also 19 Proz., blieben während des ganzen ersten Lebensjahres,

und 931, also wieder 19 Proz., länger als ein Jahr in Berührung mit Tuberkulose.

Von der Gesamtzahl der 22746 geimpften Kindern starben 174, also 0,7 Proz. im Laufe des ersten Lebensjahres und konnten daher keinen Nutzen aus der Impfung ziehen; 408 starben aus ganz verschiedenen Krankheitsursachen am Ende des ersten Lebensmonats bis zum Ende des vierten Jahres, also nur 1,7 Proz.

Es scheint also klar zu sein, daß in der Praxis der Ärzte und Hebammen, welche die BCG.-Impfung für in scheinbar intakter, sowie in tuberkulöser Umgebung geborene Kinder anwenden, die Resultate der Schutzimpfung gegen Tuberkulose günstiger sind, als man zu hoffen gewagt hätte.

Man kann also nur eine möglichst weite Verbreitung dieser Methode wünschen, die für uns eine völlig ungefährliche und, wie sich erwiesen hat, wirksame Waffe im Kampfe gegen die Tuberkulose bedeutet."

Am 1. Juli 1931 zählte man in Frankreich 354000 geimpfte Kinder. A.

Die Zahlen sind, worauf auch der Medizinalstatistiker Wolff schon hingewiesen hat, fast zu schön — oder die Impfung schützt nicht nur gegen die Tuberkulose, sondern auch gegen andere Krankheiten. Die Schriftl.

---

2. Aus dem Haushalt des Ministeriums für Volkswohlfahrt in Preußen für 1932.

Der diesjährige Haushalt hat unter den Sparmaßnahmen leider bedeutende Abstriche erfahren müssen. Von den Gesamtausgaben von $133\frac{1}{2}$ Millionen Mark (im Vorjahr 231) entfallen als Zuschüsse: Das Ministerium selbst 1,7, die „Volksgesundheit" 6,3, Wohnungs- und Siedlungswesen 1, allgemeine Volkswohlfahrt 40 Millionen Mark, während an Einnahmen 83 Millionen gerechnet werden. Die „Volksgesundheit" allein rechnet auf 3,2 Millionen Mark Einnahmen, denen eine Ausgabe von 9,5 Millionen gegenübersteht. Der erforderliche Zuschuß von 6,3 Millionen ist um mehr als 2 Millionen Mark geringer als im Vorjahr. Wie im Vorjahr setzen sich die Einnahmen in der Hauptsache aus den der Staatskasse zufließenden amtsärztlichen Gebühren der Kreisärzte ($1\frac{1}{2}$ Millionen), außerdem noch durch Gebühren der Impfanstalten, Medizinaluntersuchungsämter und anderen Instituten zusammen. Die Medizinalbeamten bringen also wieder einen nicht unbeträchtlichen Teil ihrer Gehälter selbst auf. Als „Ausgleich für besondere Büroausgaben bei der Einziehung der amts- und gerichtsärztlichen Gebühren" erhalten die Kreisärzte 15 Proz. hiervon zurück. Hierdurch und durch Gewährung von „Dienstaufwandsentschädigungen" erhält jeder Kreisarzt durchschnittlich jährlich 1400 Mark (im Vorjahr 1500), wovon die Kosten für Büro, Schreibhilfe usw. zu bestreiten sind — eine Summe, die äußerst bescheiden genannt werden muß und sicher für viele Kreisarztstellen nicht ausreicht.

An Zahl und Stellung der Medizinalbeamten hat sich nichts geändert, die Gehälter sind entsprechend der allgemeinen Senkung der Gehälter erniedrigt. Somit sind vorhanden: 21 Oberregierungs- und -medizinalräte, 12 Regierungs- und Medizinalräte, 8 Gewerbemedizinalräte, 8 Medizinalräte als Hilfsarbeiter bei Regierungen, 432 vollbesoldete Medizinalräte (darunter 17 Gerichtsärzte), 5 Medizinalräte im Saargebiet, 35 Medizinalassessoren, 8 Gewerbemedizinalassessoren. An Gehältern für diese Medizinalbeamten werden 3,9 Millionen Mark erfordert (0,6 Millionen weniger als im Vorjahr). An Vergütungen für die Mitglieder der ärztlichen usw. Prüfungsausschüsse entfallen 300000 Mark, wobei Kürzungen vorgesehen sind und etwaige Überschüsse zur Unterstützung bedürftiger Studierender dienen sollen. Landesgesundheitsrat und Gerichtsärztliche Ausschüsse beanspruchen 24870 Mark (fast 5000 Mark weniger als im Vorjahr). Der Reisekostenfonds der Medizinalbeamten mit 234000 Mark (um 26000 Mark gekürzt) ist äußerst knapp bedacht. Ganz besonders bedauerlich ist die erhebliche Kürzung der schon früher geringen Beihilfen zur Bekämpfung der Tuberkulose (150000 Mark gegen 760000 Mark im Vorjahr) und Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit (177500 Mark gegen 570000 Mark). Ebenso sind die Mittel zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit weiter von 28500 auf 21400 Mark herabgesetzt. Auch die für medizinalpolizeiliche Zwecke ausgeworfene Summe hat eine bedeutende Herabsetzung erfahren (275000 Mark statt 500000 Mark). Für Zuschüsse für Ärzte und Apotheker in entlegenen Landesteilen, Beihilfen für die Fortbildung der Ärzte usw. werden zusammen 44040 Mark (gegen 49710 Mark im Vorjahr) ausgeworfen. Das Hebammenwesen ist die einzige Stelle, die mit 16000 Mark dem Vorjahr gegenüber (5000 Mark) eine Erhöhung erfahren hat — ein Zeichen, wie groß hier die Not sein muß. Die Krüppelfürsorge wird leider überhaupt nicht mehr mit Mitteln bedacht. An Zuschüssen für die Institute und Anstalten (Impfanstalten, hygienische Institute usw.) sollen insgesamt 2,4 Millionen Mark gewährt werden, wobei aber durch Einnahmen die Hälfte wieder gedeckt wird.

Unter den einmaligen Ausgaben sind zu nennen: für Fortbildung von Medizinalbeamten und Impfärzten 15000 Mark (im Vorjahr 50000 Mark), für sozialhygienische Ausbildung der Ärzte und Zahnärzte sowie hygienische Volksbelehrung 15000 Mark (im Vorjahr 36000 Mark), gesundheitliche Fürsorge in Schulen 15000 Mark (im Vorjahr das Doppelte), Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 7500 Mark (im Vorjahr 25000 Mark).

Aus den beiden anderen Abteilungen des Ministeriums, Wohnungswesen und Allgemeine Volkswohlfahrt, ist hervorzuheben, daß hier gleichfalls sehr große Abstriche gemacht sind. Sehr zu beklagen ist, daß für die Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs nichts mehr seitens des Staates bewilligt werden soll, denn die 1000 Mark, die ein-

gesetzt sind, zählen nicht gegenüber den noch im Vorjahr bewilligten 350000 Mark. Auch die Zuschüsse für Wohlfahrtsschulen (350000 Mark), Wohlfahrtseinrichtungen (30000 Mark), Jugendpflege (850000 Mark), Förderung der Leibesübungen (150000 Mark), Kinderspeisung (250000 Mark) haben erheblich Abstriche erfahren.

Solbrig.

3. Das bleiche Sterben,

so betitelt sich ein Lehrstück für die Funkbühne, das mit Unterstützung des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose von Gregor Jarcho verfaßt und vor kurzem durch die Berliner Funkstunde und die „Deutsche Welle" Königswusterhausen zur Uraufführung gebracht wurde.

Der Inhalt des Lehrspiels ist in Kürze folgender:

Eine junge, lebenslustige Stenotypistin leidet seit einiger Zeit an einem hartnäckigen Husten, den sie ihrer Familie und ihrem Verlobten ängstlich zu verheimlichen sucht. Da erhellt eine leichte Hämoptoe wie ein greller Blitzstrahl die Szene. Sofort wird der Arzt gerufen, der eine Tuberkulose feststellt und über die Reichsversicherung für eine Heilstättenbehandlung der Patientin Sorge trägt. Im Sanatorium, dessen ganzer Betrieb in lebensechter Form zu unseren Ohren dringt, erfährt die Kranke eine zweckdienliche, nach modernsten Methoden geleitete Behandlung. Gleichzeitig wird ihr, teils durch Belehrung seitens der Ärzte, teils durch Erzählungen ihrer Zimmerkolleginnen alles Wichtige über Gefahren, Behandlung, Heilung und Verhütung der Tuberkulose mitgeteilt. Schließlich kann die Kranke nach mehrmonatlicher Behandlung das Sanatorium geheilt verlassen.

In diese, geschickt und taktvoll aufgebaute Handlung ist ein Liebesroman verwoben und das Ganze von einer Rahmenhandlung umgeben, in deren Mittelpunkt ein reicher Amerikaner steht. Er ist zum Studium des Tuberkuloseproblems nach Deutschland gekommen und erhält auch aus sachverständigem Munde (mittels vorgeführter Schallplatten) alle irgendwie für ihn wichtigen Auskünfte.

Das Ganze bekommt eine besondere Aktualität durch die diskrete, aber trotzdem nachdrückliche Betonung der Tatsache, daß die deutsche Wirtschaftsnot die Behandlung schwerer Tuberkulosefälle heutzutage sehr erschwert und deshalb Aufklärung, Vorbeugung und Behandlung der Frühfälle das Gebot der Stunde ist.

Der Autor hat es meisterlich verstanden, den Hörer von Anfang bis zu Ende in Spannung zu halten und Situationen zu schildern, die aus dem Leben gegriffen sind, aus dem Leben, das der Arzt nur zu gut kennt.

Behörden und Versicherungsträger dürften vielleicht hier und da leise Einwendungen erheben und der ärztliche Zuhörer wünschen, daß die therapeutische Belehrung in dem Stücke etwas weniger in den Mund des Laien und mehr in den des Arztes gelegt würde, alles in allem aber muß das Ganze als sehr gelungen bezeichnet werden.

Hoffentlich findet das Lehrspiel auch auf den anderen deutschen Sendern bald Aufnahme in ihr Programm. Vielleicht ließe sich auch ein wirksamer und zugkräftiger Tonfilm daraus machen.

C. K.

Aus ärztlichen Gesellschaften.

In der Sitzung der **Berliner medizinischen Gesellschaft** vom 20. April 1932 sprach zunächst vor der Tagesordnung der Vorsitzende, Geh.-Rat Goldscheider Gedenkworte anläßlich des 100. Geburtstags von Ernst v. Leyden. Anschließend teilte Stadtmedizinalrat v. Drigalski mit, daß der Berliner Magistrat den Beschluß gefaßt habe, eine Straße in Berlin-Steglitz nach v. Leyden zu benennen.

In der Tagesordnung hielten die Herren Zadek und Karp einen Vortrag über Zytodiagnostik des Karzinoms in Punktaten und Sekreten. Das Verfahren findet vor allem Anwendung bei serösen Ergüssen, deren Punktat untersucht wird. Es beruht in seinem diagnostischen Wert darauf, daß die Zellkerne des malignen Punktats Vergrößerungen zeigen im Vergleich zu den Zellen nicht maligner Ergüsse, also der gewöhnlichen Endothelzellen. Die Größenunterschiede sind derart, daß direkt meßbare Differenzen entstehen. Das Verfahren hat insbesondere in klinisch zweifelhaften Fällen eine Bedeutung. Es sind aber nicht nur die Kerne, welche eine Vergrößerung aufweisen sondern auch die Zellvakuolen übertreffen an Größe bei den Zellen der malignen Exsudate die der anderen Zellen ganz erheblich. Die interessanten Ausführungen wurden durch die Vorführung zahlreicher Lichtbilder ergänzt, die besonders durch den Vergleich der normalen Verhältnisse mit den pathologischen Befunden das Charakteristische erkennen ließen. In der regen Aussprache zu dem Vortrag sprach vom Standpunkt des Pathologen Herr Jaffé gewisse Bedenken aus gegenüber der Beurteilung von Größenverhältnissen von Zellen. Er begründete seine Auffassung damit, daß die Fixationsmethoden imstande sind, gerade die Größe der Zelle weitgehend zu verändern und daß man darum diagnostische Schlüsse, die sich ausschließlich auf die Größenverhältnisse stützen, nur mit besonderer Vorsicht anwenden dürfe. An Hand mehrerer praktischer Beispiele tritt Herr Zadek im Schlußwort für die ausnahmslose Zuverlässigkeit der Methode ein.

H.

Tagesgeschichte.

Rundfunkprogramm für Juni 1932. Am 3. Juni, 18,55 bis 19,30 Uhr Prof. Dr. Leschke (Berlin): Goethe und die Medizin. Am 17. Juni, 19,15—19,30 Uhr Dr. Felix Boenheim (Berlin): Fortschritte in der Erforschung der endokrinen Drüsen; 19,30—19,35 Uhr: Das Neueste aus der Medizin.

Über **„Grundzüge der Ernährung für Gesunde und Kranke"** wird in der Lehrküche des Deutschen Hygiene-Museums bei genügender Beteiligung vom 27. Juni bis 3. Juli ein Lehrgang für Ärzte und Studenten der Medizin in klinischen Semestern abgehalten. Vorgesehen sind praktische Übungen, Vorträge, Führungen durch die Sammlungen des Deutschen Hygiene-Museums, durch vorbildliche Nahrungsmittelbetriebe usw. Teilnehmergebühr 40 M. (für Studenten eventuell Ermäßigung). Baldigste Anmeldung erbeten an Prof. Dr. M. Vogel, Dresden A 1, Lingnerplatz 1.

L.

Das Haus der ärztlichen Fortbildung, Essen, teilt mit: Zu dem II. Vorbereitungskursus für die kassenärztliche Tätigkeit sind eine Reihe Anmeldungen eingegangen, so daß er voraussichtlich zustande kommen wird. Es ist jedoch beabsichtigt, ihn nicht mehr im Sommersemester, sondern zu Beginn des Wintersemesters zu veranstalten. Weitere Mitteilungen werden rechtzeitig erfolgen. Anmeldungen an die Geschäftsstelle des Hauses der ärztlichen Fortbildung, Essen, Kapuzinergasse 8, erbeten. L.

Der IX. Bad-Nauheimer Fortbildungslehrgang für Ärzte findet vom 16.—18. September im William G. Kerckhoff-Institut in Bad-Nauheim statt. Die Vorträge behandeln das Thema: „Die Herzneurosen und die Behandlung der Herzkrankheiten im allgemeinen". Näheres durch die Vereinigung der Bad-Nauheimer Ärzte (Dr. Hahn, Bad-Nauheim, Karlstr. 27). L.

Die Akademie für ärztliche Fortbildung Dresden veranstaltet vom 6.—8. Juni einen Kursus über **Tuberkulose**: Rostoski (Pathologie), Arnsperger (Diagnostik), Päßler (Therapie), Saupe (Röntgen), Fromme (Chirurgie, Lunge), Seidel (Chirurgie, Knochen, Gelenke), Tonndorf (Kehlkopf), Martenstein (Haut), Best (Auge), Bahrdt (Säuglings- und Kleinkindertuberkulose), Thiele (Bekämpfung). Vom 9.—11. Juni Kursus über **Krebs**: Geipel (Pathologie), Rostoski (Speiseröhre, Magen), Päßler (Brustorgane), Arnsperger (Bauchorgane), Fromme (Brustkrebs, Sarkome), Seidel (Harnwege und männliche Genitalien), Albert (weibliche Genitalien), Tonndorf (Hals, Nase, Ohr), Martenstein (Haut), Best (Auge), Weber (Bekämpfung), Saupe (Röntgen und Radium). Vom 13.—15. Juni Kursus über **chronische Infektionsherde** und ihre Folgezustände. Näheres durch die Geschäftstelle Dresden-N. 6, Königsufer 2 (Landesgesundheitsamt). Anmeldungen möglichst 10 Tage vor Kursbeginn erbeten. L.

Die Gesellschaft Deutscher Nervenärzte veranstaltet ihre diesjährige (XXI.) Jahresversammlung vom 22.—24. September in Wiesbaden (Begrüßungsabend und Vorstandssitzung am 21. September), also unmittelbar vor der Tagung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte. Das Verhandlungsthema lautet: Die Chronaxie. Berichterstatter sind: F. H. Lewy (Berlin), Bourguignon (Paris), Altenburger (Breslau), Stein (Heidelberg). Anmeldungen von Vorträgen werden bis zum 15. Juni an Dr. K. Mendel, Berlin W 50, Augsburger Str. 43, erbeten. L.

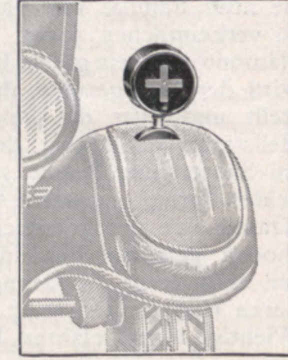
Amerikanische Ehrung für Robert Koch. In der amerikanischen Öffentlichkeit und in amerikanischen wissenschaftlichen Kreisen ist der fünfzigjährigen Wiederkehr des Tages, an dem Robert Koch die Entdeckung des Tuberkelbazillus bekanntgab, ehrend gedacht worden. Daraufhin hat nunmehr die deutsche Reichsregierung dem Staatsdepartement in Washington ihren Dank zum Ausdruck gebracht; die Reichsregierung erwähnt in ihrem Dankschreiben auch ausdrücklich, daß die medizinischen Gesellschaften in den Vereinigten Staaten sich in hervorragender Weise an den Huldigungen beteiligt hätten.

Wie die Tageszeitungen melden, ist der Vorsitzende des Lübecker Gerichts, welches über den **Calmette-Prozeß** verhandelt hat, durch die mit der Durchführung des Prozesses verbundenen außergewöhnlichen Anstrengungen in eine tiefe seelische Depression verfallen, die einen Aufenthalt in einem Sanatorium erforderlich macht. Hierdurch wird die weitere Durchführung — bekanntlich haben die Verurteilten und der Staatsanwalt Berufung eingelegt — erheblich verzögert werden. Wie weiter gemeldet wird, hat Prof. Deycke seinen Wohnsitz von Lübeck nach Süddeutschland verlegt.

Ein Fortbildungs-Krankenhaus in London. Im Jahre 1930 teilte der damalige Gesundheitsminister Greenwood im Parlament mit, daß die Regierung beschlossen habe, ein Fortbildungs-Krankenhaus zu errichten und hierfür die Summe von 5 Mill. M. in den Etat einzustellen. Der Minister betonte, daß die Fortbildung für die Ärzte und für den gesamten Gesundheitszustand des Volkes von so großer Bedeutung sei, daß die Regierung nicht zögere, einen so erheblichen Posten in ihren Etat einzusetzen. Die Kommission, die zur Ausarbeitung des Gedankens eingesetzt wurde, empfahl, dieses Fortbildungsinstitut in Verbindung zu setzen mit dem Hamersmith Hospital, einem modernen Krankenhaus von 400 Betten, das im Besitz der Stadt London ist. Die Kommission empfahl weiterhin, ein besonderes Logierhaus zu errichten für solche Ärzte, die von auswärts für die Zwecke ihrer Fortbildung nach London kämen. Die Kommission empfahl drittens, dieses Institut als Einrichtung der Universität anzuerkennen und ihm damit die genügende Rangstellung zu sichern. Inzwischen sind 2 Jahre darüber hingegangen. Die Finanzen auch des Britischen Reiches sind ins Wanken geraten. Infolgedessen hat die Regierung ihren ursprünglichen Plan nicht aufrechterhalten können, sondern erklärt, daß sie lediglich 2 Mill. M. für den Bau beitragen könne. Um aber den Gedanken nicht untergehen zu lassen, hat jetzt die Stadt London beschlossen, ihrerseits ebenfalls die Summe von 2 Mill. M. für diesen Zweck flüssig zu machen, so daß der Bau nunmehr gesichert ist. Die Leitung des Institutes wird einem Kuratorium übertragen, in dem Regierung und Stadt London und die Ärzteschaft usw. vertreten sind. Die Stellung eines Leiters des Instituts ist jetzt ausgeschrieben; der Leiter soll ein Gehalt von 36000 M. jährlich erhalten.

Berichtigung. In der Nr. 8 unserer Zeitschrift ist auf Seite 245, Spalte I, Zeile 19 ein Druckfehler unterlaufen. Es muß dort statt anderen Tierarten anderer Tierärzte heißen.

Vorrechte kraftfahrender Ärzte. Durch eine Verfügung des Berliner Polizeipräsidenten soll denjenigen Ärzten, die sich mit ihrem Auto auf dringenden Berufsfahrten befinden, die Durchfahrt bei der Verkehrsregelung erleichtert und ein bestehendes Parkverbot außer Kraft gesetzt werden. Diese Vorrechte unterliegen im Bedarfsfalle einer Nachprüfung und werden nur denjenigen Kraftwagen gewährt, die durch die Plakette, den Wimpel oder die Ärztelampe (s. Fig.) der Kraftfahrer-Vereinigung deutscher Ärzte (KVDA) gekennzeichnet sind. Die Lampe ist zum Preise von 8,50 M. zu beziehen durch H. Ewald, Berlin-Neu-Tempelhof, Berliner Str. 27a.



Ärztelampe.

Hoffentlich folgen andere Städte bald dem Berliner Beispiel. C. K.

Personalien. Der planmäßige Extraordinarius für gerichtliche Medizin in Heidelberg, Walter Schwarzacher, erhielt die Amtsbezeichnung und akademischen Rechte eines ordentlichen Professors. — Dr. Werner Kyrieleis, bisher Privatdozent für Augenheilkunde in Würzburg, hat sich in Hamburg habilitiert. — Dr. Julius Fessler, außerordentlicher Professor für Chirurgie in München, wurde 70 Jahre alt. — Prof. Theodor Kölliker, Ordinarius für Orthopädie in Leipzig, wurde 80 Jahre alt. — Zum Chefarzt des Stadtkrankenhauses Brandenburg wurde Dr. med. Hans-Hermann Sturm gewählt. — Als Nachfolger von Prof. Loeschcke ist Prof. Teutschländer, Leiter des Pathologischen Laboratoriums des Instituts für experimentelle Krebsforschung, zum Leiter des Pathologischen Instituts und Prosektor der Städtischen Krankenanstalten in Mannheim ernannt worden. Er behält seine Anstellung am Heidelberger Krebsinstitut und als Dozent der Universität Heidelberg bei.

Erinnerungstage aus der Geschichte der Medizin. 5. Juni. 1757. 175 Jahre. Französischer Arzt und Philosoph Pierre Jean Georges Cabanis geboren in Roznac. Freund Mirabeaus, Revolutionär. Beeinflußte den deutschen Materialismus. — 1862. 70 Jahre. In Landskrona wird der schwedische Ophthamologe Allvar Gulstrand geboren. Professor in Upsala. Schrieb: „Allgemeine Theorie der monochromatischen Aberrationen", „Einführung in die Methoden der Dioptrik des Auges". 1911 erhielt er den medizinischen Nobelpreis.

Fortsetzung auf Anzeigenseiten 4, 13 und 15.

Lippert & Co. G.m.b.H., Naumburg (Saale)
Printed in Germany

Nr. 5 1. 6. 1932

MEDIZINISCH-TECHNISCHE MITTEILUNGEN
NEUE LITERATUR

Redaktion: Berlin NW 7, Robert-Koch-Platz 2—4

Verlag: Gustav Fischer in Jena

Erscheint als unentgeltliche Sonderbeilage der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ in zwangloser Folge. — **Nachdruck** der einzelnen Aufsätze nur mit ausdrücklicher Erlaubnis des Verlages, **Referate** jeder Art nur mit Quellenangabe gestattet.

I. Innere Medizin.

Neue Deutsche Klinik. Handwörterbuch der praktischen Medizin mit besonderer Berücksichtigung der inneren Medizin, der Kinderheilkunde und ihrer Grenzgebiete. Herausgegeben von Prof. Dr. Georg Klemperer und Prof. Dr. Felix Klemperer, Berlin. Bd. 8: Neuralgie—Phlegmone. 790 Seiten. Mit 173 bildlichen Darstellungen im Text und auf 8 farbigen Tafeln. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1931. Preis geh. 33 M., geb. 40 M.

Der neue Band enthält die Buchstaben N—P und bringt eine Darstellung der Neuralgie von Peritz, die Untersuchungsmethoden der Niere von Richter und Biberfeld, die Erkrankungen der Niere aus der Feder von Volhard, Koch, Guttentag, Doenecke und Hildebrand, die chirurgischen Nierenerkrankungen und Nierengeschwülste von Joseph und Perlmann, die Nierensteinerkrankungen von G. Klemperer, die Nierentuberkulose von Casper, die Opstipation ist behandelt von Boas, die Ohrenerkrankungen von Güttich, die operative Behandlung der Lungenerkrankungen von Brauer, Ösophaguserkrankungen von Stareck, und die Osteomalazie von Joseph. Es folgen Darstellungen: Panaritium von Baetzner, Pankreas von Stepp, Paralysis agitans von Haase, Parasitäre Hauterkrankungen von Joseph, Pemphigus von Unna, Perikarderkrankungen von Curschmann, Peritonitis von Magnus-Alsleben, Perityphlitis und Appendizitis von Borchardt, Pest von Hetsch und Phlegmone von Baetzner. Man muß immer wieder den Mut und den Unternehmungsgeist des Verlages bewundern, der es unternimmt, in dieser schweren Zeit ein derartig glänzend ausgestattetes Werk herauszubringen. A.

Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung im Kindesalter von Dr. Richard Priesel und Dr. Richard Wagner. 211 Seiten mit 9 Abbildungen. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1932. Preis 15,60 M., geb. 17,60 M.

Wer sich der Zeit erinnert, in welcher die Feststellung eines Diabetes beim Kinde in fast allen Fällen mit der Voraussage eines raschen und in vielen Fällen geradezu katastrophalen Verlaufs gleichbedeutend war, wird aus dem Buche mit Freuden ersehen, welche unermeßliche Fortschritte gerade für den Kinderdiabetes durch die Einführung des Insulins erreicht worden sind. Da die vorliegende Monographie eine sehr große Anzahl von Fragen beantwortet, die für den Arzt im Zusammenhang mit dem kindlichen Diabetes und seiner Behandlung von Interesse sind, so ist sie jedem zu empfehlen, der häufiger Anlaß hat, Fälle von kindlichem Diabetes zu behandeln. H. Strauß.

Von Eiweiß, Enzymen und Lipoiden. Mit Beiträgen von E. Abderhalden, C. Oppenheimer, P. Bergell; W. Kollath, A. Gunn Auld, K. Dragendorff. Festschrift zum 75jährigen Bestehen der Firma Friedr. Witte Rostock. 113 Seiten.

Die Geschichte des Hauses Witte lehrt was durch enge Zusammenarbeit eines planvoll und weitblickend vorgehenden Industriellen mit der Wissenschaft für die Kranken erreicht werden kann. Es erinnert die Festschrift aber auch an die schöne alte Zeit, in welcher es genügt hat, für eine bestimmte Gruppe von Präparaten sich nur ein einziges merken zu müssen Man fragt sich deshalb unwillkürlich, ob durch die fast unübersehbare Häufung von Präparaten, die sich oft fast völlig gleichen, für die Patienten wirklich so viel geleistet worden ist, daß es nötig ist, das Gedächtnis der Ärzte in einer fast nicht mehr zu bewältigenden Weise zu belasten. H. Strauß.

II. Chirurgie.

Die Technik des ungepolsterten Gipsverbandes. Von Dr. Fritz Schnek, mit einem Geleitwort von Dozent Dr. Lorenz Böhler. 165 Seiten mit 169 Abbildungen. Verlag von Wilhelm Maudrich, Wien 1931. Preis geb. Lwd. 15 M.

Als Ergänzung des bekannten Buches von Böhler, über die Technik der Knochenbruchbehandlung wird vom Verf. in ausführlicher und anschaulicher Art die Technik und Anwendung des ungepolsterten zirkulären Gipsverbandes beschrieben. — Die Einwände, die von vielen überhaupt gegen den zirkulären Gipsverband — ob gepolstert oder ungepolstert — erhoben werden, widerlegt Verf. durch seinen Tatsachenbericht.

Nur im ungepolsterten Verband ist eine genaue Fixation der eingerichteten Fraktur möglich. Die Patienten sind bald beschwerdefrei, und es kann frühzeitig mit Bewegungsübungen und Belastung begonnen werden. — Wie weit der Gips anzulegen ist, welche Gelenke mit in den Verband einzubeziehen sind, wird im speziellen Teil des Buches an Hand zahlreicher guter Abbildungen in einfacher Weise erläutert.

Das Buch ist auf das angelegentlichste zu empfehlen. Nur sollte bei der Anschaffung nicht vergessen werden, daß jede Verbandtechnik zu ihrer Beherrschung vor allem einer praktischen Übung bedarf. Für diese vermag aber nur ein in der Verbandtechnik bereits Vorgebildeter die praktische Anleitung des Erfahrenen wirklich zu entbehren. Kreuz.

Die neuropathischen Knochen- und Gelenkaffektionen von Prof. Dr. August Blencke und Dr. Bernhard Blencke. 304 Seiten mit 214 Textabbildungen. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1931 Preis 44 M., geb. 46 M.

Das vorliegende Buch Blenckes ist gleicherweise für die praktische Arbeit wie für die gutachtliche Tätigkeit des Arztes von außerordentlichem Wert. Neben gewichtigen eigenen Erfahrungen schöpfen die Verfasser ihre Kenntnis aus einer umfangreichen in- und ausländischen Literatur.

Zahlreiche gute Abbildungen vervollständigen die Ausführungen des allgemeinen und speziellen Teils. — Die Therapie wird klar und geschickt besprochen. Im besonderen ist auf Behandlungsfehler nachdrücklich aufmerksam gemacht. Die neuzeitlichen Anschauungen über aktive chirurgisch-orthopädische Behandlung der „neuropathischen Knochen- und Gelenkaffektionen“ sind eingehend gewürdigt.

Besondere Beachtung verdienen hier die 14 Leitsätze des Verfassers. Kreuz.

III. Klinische Sonderfächer.

Allgemeine Biologie und Therapie der Syphilis. Ein Leitfaden für Ärzte. Von Dr. S. Bergel. 110 Seiten. Mit 1 Kurve im Text. Verlag von Gustav Fischer, Jena 1931. Preis 5,50 M.

Verf. gibt auf Grund fleißiger und mühsamer experimenteller Forschungen eine Übersicht über die Biologie der Spirochäten, ihre Morphologie und Chemie und über die Abwehrmittel des Körpers gegen sie und verknüpft damit eine biologische Deutung in den verschiedenen Krankheitsperioden und des Wesens der Wassermannschen Reaktion. Die Syphilisspirochäte besitzt nach seiner Ansicht eine morphologisch differenzierte Struktur, bei der die als Antigen wirkende Spirochätenhülle wesentlich aus einem Lipoid besteht, während die Innensubstanz lipoideiweißartiger Natur ist. In dem Schanker (Primäraffekt) sieht Verf. vom biologischen Standpunkt aus schon die entzündlichen Abwehrstoffe enthalten. Mikroskopisch läßt sich der beginnende Abbau der Spirochäten im Gewebe dadurch nachweisen, daß durch Phagozytose und durch Einwirkung eines lipolytischen Ferments die lipoiden Spirochäten abzuschmelzen beginnen. Infolge der späten Abwehrmaßregeln des Körpers bleibt die Syphilisinfektion fast nie eine lokale, sondern wird schon frühzeitig zu einer allgemeinen Infektion des Körpers. Erfolgt die Syphilisinfektion direkt in die Blutbahn, wie z. B. bei kongenitaler Syphilis, so entsteht von vornherein eine Art septischer Allgemeininfektion. Für die Krankheitsperiode von der Drüsenschwellung bis zum Auftreten der Sekundärerscheinungen schlägt Verf. vom biologischen Standpunkt aus den Namen Prodromalstadium oder Präsekundärstadium vor. Wird die stärkste Schutzwehr des Körpers, daß Lymphdrüsensystem, von den Spirochäten durchbrochen und gelangen die Spirochäten in den allgemeinen Blutkreislauf, so beginnt die sekundäre Periode der Syphilis. In der Lumbalflüssigkeit der Syphilitiker findet sich schon frühzeitig eine Lymphozytenvermehrung. In dem lymphozytenreichen Liquor ist die WaR. positiv. In den Erscheinungen der zweiten Krankheitsperiode ist zugleich ein Teil der Abwehr- und Heilversuche des Körpers zu erblicken, die aber meist nicht genügen, um alle Krankheitserreger abzutöten. Das Latenzstadium beruht auf einer Verminderung der Spirochätenanzahl und ihrer Virulenz infolge der Abbautätigkeit der entzündlichen lymphozytären Reaktionen. Die WaR. setzt sich nach Verf. aus Gegenstoffen gegen das spezifische Spirochätenlipoid und aus Antilipoiden zusammen. Die Reagine selbst sind zellulären Ursprungs. Verf. sieht nunmehr den Ring geschlossen: Syphilisspirochäte — lipoide Stoffwechselstörung — chemotaktische lymphozytäre Infiltration — Antilipoidbildung — WaR. Ein besonderes Kapitel beschäftigt sich mit der Spätsyphilis und der Einteilung des Syphilisverlaufes nach ätiologischen Gesichtspunkten. Die tertiäre Lues ist nach Verf. ein Gemisch aus Reaktionsprodukten gegenüber noch erhaltenen Vollspirochäten, im wesentlichen aber gegen die tief abgebauten, chemisch anders strukturierten Erregerformen. Das Zustandekommen der Paralyse erklärt Verf. durch die Wirkung resistenter Vollspirochäten und teilweise abgebauter Formen mit besonderer Affinität zum Zentralnervensystem und durch eine chemisch toxische Komponente. Weitere Kapitel beschäftigen sich mit der Frage der Heilung und Immunität und mit allgemeinen Behandlungsgrundsätzen. Den Schluß des Buches bildet ein klinischer Teil, in dem Verf. die experimentell und spekulativ gewonnenen Erfahrungen in die Praxis umsetzt und biologische und praktische Erfahrungen zu einem untrennbaren Ganzen verbindet. Die wenigen Bemerkungen mögen genügen, um das Interesse der Ärzte für dieses ausgezeichnete Buch zu wecken. R. Ledermann.

Lehrbuch der Röntgendiagnostik. Von H. R. Schinz, W. Baensch und E. Friedl, nebst Beiträgen von M. Holzmann, A. Hotz, O. Jüngling, E. Liebmann, E. Looser, K. Ulrich. Dritte, völlig neu bearbeitete und vermehrte Auflage. 704 Seiten mit 2714, teilweise farbigen Textabbildungen und 5 photographischen Tafeln. Erster Band: Skelett, zweiter Band: Innere Organe. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1932. Preis 214 M., geb. 220 M.

Nicht Wirtschaft ist Schicksal, sondern — Kultur ist Schicksal! Solange aus den geistigen Werkstätten Deutschlands derartige Meisterwerke hervorgehen, ist eine Untergangsstimmung nicht berechtigt. Die Autoren haben Unvergängliches geschaffen und sind durch ihr Werk Praeceptores mundi radiologici.

Chirurgen und Internisten aller Spezialfächer werden in dem inhaltlich und bildlich glänzend ausgestatteten Werke Aufschluß über alle röntgendiagnostischen Fragen finden.

Dem Röntgenologen speziell wird dieses Werk ein unentbehrlicher Führer in der diagnostischen Technik sowohl als was noch schwieriger ist, — in der Deutung der Röntgenbilder sein. Ein Fach, das in einem derartigen Flusse der Entwicklung ist und mit einer derartigen Verantwortung für das ärztliche Eingreifen verbunden ist, wie die Röntgenologie, erfordert vom Röntgenologen ein Vertrautsein mit den neuesten Fortschritten.

Das Opfer der Anschaffung dieses klassischen, vom Verlag hervorragend ausgestatteten Werkes wird sich durch die Kenntnisse, die es vermittelt, wirklich lohnen. Paul Lazarus.

Die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten mit kurzer Diagnostik. Von Prof. Dr. Erich Hoffmann, Bonn. Fünfte Auflage. 318 Seiten. Mit 46 Abbildnngen und mehreren Tabellen. A. Marcus & E. Webers Verlag, Köln und Berlin 1930. Preis 13 M., geb. 14,50 M.

Das Werk stellt einen Leitfaden für die Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten dar und ist in erster Linie für den praktischen Arzt bestimmt. In klarer, gut verständlicher Diktion behandelt der Verf. im I. Teil die theoretischen, wissenschaftlichen Grundlagen der Dermatologie; dann folgen die notwendigen Angaben über allgemeine Diagnose (mit instruktiven Abbildungen). Der Hauptwert ist auf die allgemeine Therapie gelegt. Hier werden sowohl die verschiedenen Gebrauchsformen und Heilmittel (Pulver, Lösungen, Salben, Schüttelmixturen, Seifen, Pflaster usw.) ausführlich behandelt, als auch die physikalischen Behandlungsmethoden (Elektrolyse, Iontophorese, Strahlenbehandlung). — Die Haut- und Geschlechtskrankheiten werden in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt, wobei jedesmal die praktische Therapie mit guten Rezeptformeln die Hauptrolle spielt. — Im Anhang sind die inhaltlich ausgezeichneten, klar und leicht verständlich gefaßten Merkblätter abgedruckt (für Gonorrhöe, Lues, Krätze usw.), welche die Bonner Klinik ihren Patienten in die Hände gibt. Außerdem hat der gesamte Wortlaut des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 18. Februar 1927 Platz gefunden. — Das Buch ist auch äußerlich vom Verlag gut ausgestattet, was Druck und Papier anbetrifft und kann zur Anschaffung empfohlen werden.

Falkenberg.

Diagnostik der Kinderkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung des Säuglings. Eine Wegleitung für praktische Ärzte und Studierende von Prof. Dr. E. Feer. Vierte umgearbeitete und erweiterte Auflage. 377 Seiten mit 279 zum Teil farbigen Abbildungen. Verlag von Julius Springer, Berlin 1931. Preis 22,60 M., geb. 24,80 M.

Die Feersche Diagnostik ist seit ihrem ersten Erscheinen allgemein bekannt und geschätzt. Die neue Auflage wird weitere Freunde werben. Sie ist in Text- und Bildwerk vielfach ergänzt und erweitert und bringt somit auch den Besitzern früherer Ausgaben mancherlei Neues. Finkelstein.

Die Ernährung des überempfindlichen Kindes. Praktische Anleitung mit Kochrezepten und Speisezettel. Zweite verbesserte Auflage. Von Dr. Kurt Klare unter Mitwirkung von Paula Klare. 51 Seiten mit 3 Abbildungen. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1932. Preis 2 M.

Unter dem überempfindlichen Kinde ist das lymphatisch-exsudative zu verstehen in seinem fetten und mageren Typus. Das Prinzip der Kost ist gegeben in Kochsalzarmut, Milchbeschränkung, wenig Fleisch und Ei, viel Gemüse, Obst, Kartoffel, Kohlehydrate. Eine Anführung zahlreicher Gerichte mit Rezeptangaben und Speisezettel für die verschiedenen Jahreszeiten bilden den Schluß. Finkelstein.

Die Neugeborenen und ihre Krankheiten von Priv.-Doz. Dr. Max Zarf. 1. Heft 1931. 114 Seiten. Verlag von Julius Springer, Wien, Berlin 1931. Preis 4,80 M.

Das kleine Buch bietet dem Allgemeinpraktiker einen guten und zuverlässigen Überblick über Klinik, Versorgung und Be-

handlung der Neugeborenen, der im Ganzen und Einzelnen auch vom Fachpädiater anzuerkennen ist. Die Existenz des Stridor thymicus sähe ich gern mit einem Fragezeichen versehen, beim Icterus gravis die in den letzten Jahren berichteten Heilerfolge mit Blutinjektionen erwähnt. Finkelstein.

Beschäftigung für das kranke Kind. Von Ruth Zechlin 96 Seiten. Verlag von Otto Maier. Ravensburg. Preis kart. 3 M., geb. 3,50 M.

Die in der Praxis der Kinderpflege entstandene Gabe der Verf., die vom Jenenser Pädiater Ibrahim durch wohlverdiente empfehlende Geleitworte eingeleitet wird, sei der Beachtung aller Interessenten warm empfohlen. Es wird zunächst eine Tabelle der bei den verschiedenen Krankheiten möglichen Beschäftigungsarten dargeboten, dann folgen Ratschläge für die Wahl der Beschäftigung je nach der Schonungsbedürftigkeit, dem Kräftezustand und schließlich werden ausführliche praktische Anleitungen für die verschiedenen Arten der Beschäftigung gegeben. Eine kleine Auswahl von Scherzrätseln, Geduldspielen u. dgl. bildet den Schluß. Finkelstein.

Einführung in die medizinische Röntgentechnik. Von Maximilian F. Block. 154 Seiten mit 107 Abbildungen, davon 19 Röntgenaufnahmen und 19 Tabellen. Verlag von Wilhelm Maudrich, Wien 1931.

In diesem Buch hat ein Röntgentechniker seine Erfahrungen niedergelegt. Das Buch gibt in sehr präziser, knapper und dabei sehr verständlicher Form viel. Es ist frei von veraltetem Ballast, den man so oft in Büchern unter Technik findet. Unter Vermeidung von Theorie unterrichtet das Buch über die elementaren Begriffe der Elektrizität und deren Entstehung, über die verschiedenen Röntgenröhren, die Dosimetrie und deren Meßinstrumente, es bringt eingehend eine Klassifizierung und Beschreibung moderner Röntgenmaschinen fast sämtlicher Firmen. Diese Kapitel sind sehr reich und gut illustriert. Kleinere Kapitel unterrichten über die Hilfsapparate und die Therapie. Den Schluß bildet ein wichtiges Kapitel über elektrische Unfälle und deren Verhütung.

Das Buch ist sehr lehrreich und für den Praktiker zu empfehlen. Lorenz.

Körperbau und Sexualfunktion. Ein Beitrag zur Konstitutionsforschung und -Therapie des Weibes. Von Dr. Erna Gläsmer. 42 Seiten mit 25 Abbildungen im Text. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1930. Preis geh. 2,80 M.

Während nun der interne Mediziner Erscheinungen wie Hypertonie, Albuminurie, Ikterus usw. schon lange in der Systematik der Allgemein- und Organerkrankungen die untergeordnete Rolle des Symptomes angewiesen hat, gebraucht die Gynäkologie Namen wie Amenorrhoe, Frigidität, Sterilität usw. noch immer mehr oder weniger im Sinne eines in sich geschlossenen und für sich zu betrachtenden Krankheitsbildes. Hierin einen Wandel zu schaffen, ist der Zweck der vorliegenden durch zahlreiche, instruktive Abbildungen erläuterten Arbeit, die viele veranlassen wird, ihre bisherige Betrachtungsweise zu korrigieren. Abel.

Abrasio und Probeexzision in der Hand des praktischen Arztes. Von Prof. Dr. Wilhelm Lahm. Mit 2 Abbildungen. 180 Seiten. Verlag von Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig 1929. Preis geh. 11 M., geb. 12,50 M.

Ein Buch von Lahm kann immer des Interesses gewiß sein. Er versteht es, wie wenige, die pathologische Anatomie mit den klinischen Erscheinungen in Einklang zu bringen und berücksichtigt in dem vorliegenden Werke die Erfahrungen der neuesten Untersuchungen insbesondere der Endokrinologie. Bei den Bemühungen, die jetzt für die Bekämpfung des Krebses angewendet werden, ist die vorliegende Arbeit eine gute Unterstützung. Jeder Arzt sollte sich mit dem Studium dieser Verhältnisse befassen und nicht glauben, daß es sich hier nur um die nüchterne Aufzählung pathologisch-anatomischer Tatsachen handelt. Abel.

Arznei-, diätetische, diagnostische und sozialhygienische Verordnungen für die gynäkologisch-geburtshilfliche Praxis. Von Paul Straßmann. 5. Aufl. 271 Seiten. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1931. Preis 9 M.

Daß die Straßmannschen Arznei-, usw. Verordnungen bereits in der 5. Aufl. erscheinen, spricht am besten dafür, welcher Beliebtheit — und mit Recht — sie sich erfreuen. Die neue Auflage wird auch bald wieder vergriffen sein. Abel.

Die Grenzpfähle um den § 218. Die Ärztin als Frau und Mutter in Front. Von Dr. med. Ilse Thust. 16 Seiten. Verlag von Hans Todt, Zwickau. Preis 25 Pf. Abel.

Wochenbettsgymnastik. Eine Anleitung insbesondere für Ärzte, Hebammen und Wochenpflegerinnen. Von Dr. A. v. Liebenstein. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. med. O. Pankow. 13 Seiten und 21 Abbildungen. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1931. Preis 1,30 M. Abel.

Frauengymnastik im Lichte der funktionellen Entwicklung. Von Hugo Sellheim. 43 Seiten mit 42 Abbildungen im Text. Verlag von Kurt Kabitzsch, Leipzig 1931. Preis 2,10 M.

Gymnastik muß zur feindurchdachten Hygiene und Diätetik der Person werden. Sie soll ein Stück Höherentwicklung des Körpers und des ihn beherrschenden Geistes, somit des ganzen Organismus im Sinne der „funktionellen Entwicklung" nach dem kleinsten Zwange sein. Die vorzüglich reproduzierten und ausgewählten Abbildungen tragen das ihrige dazu bei, das Interesse an den Ausführungen zu erhöhen. Abel.

Gefährdete Jahre im Geschlechtsleben des Weibes. Beobachtungen und Ratschläge einer Ärztin für die Wechseljahre. Von Dr. Helenefriederike Stelzner. 233 Seiten. Verlag von J. F. Lehmann, München 1931. Preis geh. 6 M., geb. 7,50 M.

Es ist schon so viel über die Wechseljahre geschrieben, daß man annehmen sollte, daß hier nicht viel Neues gegeben werden könnte. Und doch ist dies der Verf. gelungen, die weniger die anatomischen, endokrinen usw. Verhältnisse berücksichtigt, als die psychologischen und vielleicht als Frau einen besseren Einblick hier hat als die Männer. Von hohem Interesse sind die Kapitel über Liebesbeziehungen in den Wechseljahren, die Wechseljahre des Mannes, Wechseljahre und Geschlechterhaß, das reife Weib und die Mode. Das Buch gibt sehr viel Anregung nicht nur für alle Frauen, sondern auch für uns Gynäkologen. Abel.

Frauensport und Frauenkörper. Sportärztliche Betrachtungen eines Frauenarztes. Von Dr. Stephan Westmann. Heft Nr. 13. 56 Seiten. Verlag von Curt Kabitzsch, Leipzig 1930. Preis 4 M.

Es liegt dem Verf. daran, zu zeigen, welchen Einfluß der Wettkampfsport, die Gymnastik und der maßvolle Leistungssport haben. Er sagt mit Recht, daß es völlig verkehrt ist, etwa auf eine Verwischung der Unterschiede zwischen Mann und Frau hierin hinarbeiten zu wollen. Er hält auch eine gynäkologische Untersuchung vor Beginn des Sportes für notwendig, um zu bestimmen, was ohne Schaden ausgeführt werden kann. Wer sich mit dieser Materie beschäftigt, dem kann empfohlen werden, sich mit dieser Arbeit zu beschäftigen. Abel.

Hautkrankheiten und Ernährung mit Berücksichtigung der Dermatosen des Kindesalters. Von Dr. Erich Urbach. 260 Seiten. Mit 55 Abbildungen, 8 Kurven und 10 Tabellen. Verlag von Wilhelm Maudrich, Wien 1932. Preis geb. 20 M.

Verf. gibt eine zusammenfassende Darstellung der Ernährungsbehandlung der Hautkrankheiten und stützt sich dabei teils auf das vorliegende wissenschaftliche Tatsachenmaterial, teils auf eigene zehnjährige Beschäftigung mit den in Betracht kommenden Problemen. In dem allgemeinen Teil nehmen vorwiegend die

„Nährschäden als Ursache von Hauterkrankungen", „die Hauterkrankungen durch alimentäre Infektionen und Intoxikationen", „die Dermatosen als Folge von Funktionsstörungen oder Erkrankung der Verdauungsorgane," „die Dermatosen auf Grundlage von pathologischen Stoffwechselvorgängen" und „die nutritiven Idiosynkrasien als Ursache von Dermatosen" unser Interesse in Anspruch. Der spezielle Teil beschäftigt sich mit der Diättherapie der einzelnen Hautkrankheiten selbst. Hier findet sich unter anderem auch eine Besprechung der Schrothkur (Durstkur) und der salzfreien Diät nach Gerson-Sauerbruch-Herrmannsdorfer.

Im ganzen gewinnt man den Eindruck, daß trotz der fleißigen Arbeit auf physiologisch experimentellem Gebiete sich nicht bei allen Hautkrankheiten klare Richtlinien für eine zielbewußte Diättherapie schon jetzt ziehen lassen. Die Anschauungen der einzelnen Autoren über Ernährungstherapie gehen bei manchen Hautkrankheiten noch weit auseinander, und es darf dem Verf. als Verdienst zugeschrieben werden, daß er auf Grund seiner eigenen klinisch therapeutischen Erfahrungen das wirklich zuverlässige herausgeschält hat und dem Leser diejenigen Diätsvorschriften an die Hand gibt, die sich auf Grund experimenteller und vielfach auch empirischer Erfahrung bei der Behandlung der einzelnen Hautkrankheiten als nützlich erwiesen haben. Jeder, der sich mit Diättherapie beschäftigt, wird sich dem Studium dieses anregenden Buches nicht entziehen können und es in seinen Bücherschatz aufnehmen. R. Ledermann.

Die Allgemeinerscheinungen der Hirngeschwülste. Von F. Kehrer, Professor und Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik i. W. 116 Seiten. Mit 11 Abbildungen. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1931. Preis 10,50 M.

Beginnt mit einer zusammengedrängten Darstellung der bekannten Allgemeinsymptome, um die es, z. B. namentlich um die Stauungspapille, die Pulsverlangsamung, die psychischen Veränderungen, wesentlich anders steht, als man das früher gelernt hat und sich gemeiniglich vorstellt. Der 2. Teil des Buches, von Seite 74 an, aber ist die Beschreibung einer neuen Gruppe von Allgemeinerscheinungen, die teils bisher nur als Lokalsymptom erwähnt und mißdeutet, teils ganz unbekannt waren. Wenn sie sich bestätigen, und die Persönlichkeit des Verf. läßt es erwarten, so liegt hier eine Entdeckung von Wichtigkeit vor. Paul Bernhardt (Potsdam).

Die Prognostik der endogenen Psychosen. Von Priv.-Doz. Dr. Friedrich Mauz Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. E. Kretschmer. 121 Seiten. Verlag von Georg Thieme, Leipzig 1930. Preis 7,50 M.

Die Arbeit von Mauz nimmt die Konstitutionsbiologie als Hauptbasis, wie das im Gebiet der endogenen Psychosen und zumal bei einem an der Marburger Klinik tätigen Arzte selbstverständlich ist. Sie arbeitet aber gleichzeitig mit großer Liebe die mehrdimensionalen Strukturen und die vielfältige prognostische Bedingtheit der endogenen Psychosen durch psychischreaktive Faktoren, wie durch anderweitige körperliche Prozesse und biologische Schwankungen heraus. Die Ergebnisse sind viel zu vorsichtig ausgewertet, um nun etwa vom Praktiker bei jedem Falle angewandt werden zu können; aber für den erfahrenen Fachmann sind hier aus einem ungeheuer großen noch rohen Materiale eine ganze Reihe geradezu funkelnder Beobachtungen ans Licht gehoben. Paul Bernhardt (Potsdam).

IV. Anatomie und Physiologie (einschl. Biologie), Physik und Chemie, Pathologische Anatomie.

Vegetatives Nervensystem und Geschwulstbildung. Eine Einführung in die Lehre von ihren Beziehungen. Von Prof. Dr. M. Mühlmann. 102 Seiten mit 24 Tafeln. Verlag von Gustav Fischer, Jena 1931. Preis 12 M.

Es ist schwer, im Rahmen einer kurzen Besprechung das Mühlmannsche Buch zu kritisieren; denn vieles was M. ausführt, ist angreifbar, schon in seinen Voraussetzungen, auf denen erst seine Untersuchungen aufgebaut sind. Wenn z. B. M. sagt: „Heutzutage zweifelt wohl kaum jemand an die Möglichkeit eines Überganges des Karzinom in Sarkom, des Parenchyms in das Stroma". So muß der Referent allerdings bekennen, daß er sehr stark daran zweifelt, und daß er hofft und glaubt, daß noch viele andere Pathologen ebenso daran zweifeln. Denn wenn auch zugegeben ist, daß morphologische Ähnlichkeiten vorhanden sein können, so sind doch genetisch strengste Scheidungen notwendig. Wenn M. ferner nachzuweisen sucht, daß die verschiedenen Organsysteme ihre vollkommene Analogie in Bestandteilen der Zelle der Einzelligen haben, so ist ihm nur darin zuzustimmen, daß er sagt: „Diese Analogien können auf keinen größeren wissenschaftlichen Wert Anspruch machen." Er baut aber trotzdem auf diese Analogien die theoretischen Grundlagen seiner Untersuchungen auf. Diese gipfeln in folgendem Satz: „Wenn das vegetative Nervensystem durch Regulierung des Stoffwechsels der Zellen das Wachstum der letzteren beeinflußt, muß eine Erkrankung der vegetativen Zentra eine Erkrankung des Wachstums der Zellen und Gewebe hervorrufen. Solch eine Erkrankung des Wachstums stellen die Geschwülste dar."

M. ging nun daran, bei Geschwulstkranken die vegetativen Zentren zu untersuchen. Er fand dabei zunächst Veränderungen an den Gefäßen in Form von kleinen Blutergüssen aus den Kapillaren und in Thrombenbildung in Kapillaren und Arteriolen. Er sagt selbst, daß er die gleichen Bilder auch bei anderen Krankheiten und bei normalen Individuen gesehen habe, glaubt aber daran, daß sie eine Veranlagung zur Geschwulstbildung geben können. Das Gleiche trifft für den Befund zu, daß er in den vegetativen Zentra Geschwulstkranker eine Verminderung der Nervenzellenzahl, ferner eine Gliose, Lipoidsiderose und Endarteriitis resp. Capillaritis obliterans fand.

Den wichtigsten Befund sieht M. aber darin, daß der rechte Pallidus bei Geschwülsten hinten in den meisten Fällen kleiner, vorn größer, der linke vorn, in den meisten Fällen hinten regelmäßig größer als normal ist. Er meint, daß der linke Pallidusschwanz und wahrscheinlich der rechte Pallidus-caudatus-Kopf hyperplastisch sind. Andere Teile, besonders des rechten Pallidusschwanzes und beider Caudati mit Ausnahme ihrer rechten Köpfe sind hypoplastisch. Er faßt seine Befunde dahin zusammen; daß Leute, welche eine Geschwulst in ihrem Körper beherbergen, ein degeneratives vegetatives Nervensystem aufweisen. Er glaubt, daß die Hypoplasie der vegetativen Zentralteile, die Atrophie des ganzen Körpers und die Hyperplasie der übrigen vegetativen Zentralteile eine lokale Zellneubildung zur Folge hat.

Ehe man über diese Schlußfolgerung diskutieren kann, muß man von der Richtigkeit der tatsächlichen Befunde überzeugt sein. Referent muß eingestehen daß er es nach Durchsehen der M.-Arbeit und der zahlreichen beigegebenen sehr guten Abbildungen nicht ist. Wenn man weiß, wie bei der Fixierung eines Gehirns die Schrumpfung mitunter auch an verschiedenen Stellen sich verschieden auswirkt, und wie schwer es ist, vollkommen symetrische Schnitte zu legen, so erscheint es fast unmöglich mit der von M. angewandten Methodik Ergebnisse zu erzielen, die derartige schwerwiegende Schlüsse zulassen.

Eine Serienuntersuchung ist natürlich bei der Größe der Objekte ausgeschlossen. So wird eine exakte Nachprüfung überhaupt kaum möglich sein. Zumindesten aber wäre es erforderlich, wesentlich mehr Kontrolluntersuchungen zu bringen, als sie bisher vorliegen.

Referent kommt also zu dem Schluß, daß der Beweis, daß bestimmte morphologische Veränderungen des vegetativen Nervensystems für die Geschwulstbildung verantwortlich sind, von M. nicht erbracht ist. Immerhin ist es reizvoll, seine Ausführungen, die vielfach Anregungen für neue Fragestellungen geben können, zu lesen. Rud. Jaffé.

Praktikum der qualitativen Analyse für Mediziner. Von Dr. R. Ammon und Dr. W. Fabisch. 64 Seiten mit 1 Abbildung. Verlag von Julius Springer, Berlin 1931. Preis 3,60 M.

Das kleine Buch ist als Anleitung für den vorgeschriebenen Kurs der Mediziner gedacht und ist für diesen Zweck sicherlich gut brauchbar. Es wäre schön, wenn die angehenden Ärzte sich den Inhalt des Buches wirklich zu eigen machen würden. Pincussen.

Notizen.

Die geringe Zunahme der Sterblichkeit im Jahre 1931 gegen 1930 ist besonders auf eine vermehrte Sterblichkeit im 1. Vierteljahr (um 10,5 Proz.) zurückzuführen. Dieser Zunahme standen im 3. und 4. Vierteljahr erneute Sterblichkeitsrückgänge gegenüber. Die Sterbeziffern dieser Vierteljahre von 8,7 und 9,7 Sterbefällen auf 1000 Einwohner stellen noch nicht Minimalwerte dar. Schädigungen der Volksgesundheit durch die Arbeitslosigkeit sind an der Sterblichkeit bisher also noch nicht zu erkennen. Bemerkenswert ist, daß die Säuglingssterblichkeit weiterhin erfreulich zurückgegangen ist. Auch die Tuberkulosesterblichkeit hat trotz der ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnisse noch ein wenig abgenommen. Wohl aber hat das Jahr 1931 gegen 1930 bei den meisten vorwiegend im höheren Alter auftretenden Krankheiten eine Zunahme der Sterblichkeit mit sich gebracht, die durch die Überalterung der Bevölkerung verursacht wird, mithin kein Zeichen für eine Verschlechterung des Volksgesundheitszustandes darstellt. Es starben in den deutschen Großstädten 1931 an Krebs 14,1 (13,3), an Gehirnschlag 8,1 (7,6), an Herzkrankheiten 12,8 (13,5), an Altersschwäche 5,4 (4,8) auf 10000 Einwohner. Die Zahlen in Klammern bedeuten das Vergleichsverhältnis zum Jahre 1930.

Notizen.

Mehr Unfalltodesfälle im Automobilverkehr als in allen Fabriken, Bergwerken usw. In sämtlichen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften versicherten Betrieben, also praktisch in der gesamten Industrie (einschließlich Bergwerken), dem Handwerk und dem Handel ereigneten sich im letzten abgeschlossenen Berichtsjahr weniger Unfalltodesfälle als im Kraftfahrzeugverkehr! Es ergeben sich nämlich aus der Statistik des letzten abgeschlossenen Berichtsjahres 5867 Todesfälle durch Automobil- und Motorradverkehr (Statistisches Reichsamt: „Wirtschaft und Statistik", 1. Juniheft 1931). Dem gegenüber wurden bei allen gewerblichen Berufsgenossenschaften nur 5776 Unfalltodesfälle gezählt. Tatsächlich ist dieses Verhältnis noch krasser, als es diese Zahlen ausdrücken, weil in den tödlichen Unfällen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften auch eine größere Anzahl tödlicher Unfälle durch den Kraftfahrzeugverkehr enthalten sind, die sich im Betriebe, oder auf dem Wege von und zur Arbeit oder in Ausübung des Berufes (Transport, Botengänge, Geschäftsfahrten usw.) ereignet haben.

Verantwortlich für den Anzeigenteil: Viktor Brychcy, Berlin W 35, Potsdamer Straße 27a. — Druck: Buchdruckerei Lippert & Co. G. m. b. H., Naumburg a. S.